



Kreisklinik Groß- Umstadt

Berichtsjahr 2022

Qualitätsbericht

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	9
	Einleitung	9
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	12
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	12
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	12
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	12
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	14
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	14
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	14
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	16
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	17
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	17
A-9	Anzahl der Betten	18
A-10	Gesamtfallzahlen	18
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	18
A-11.2	Pflegepersonal	18
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	19
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	19
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	21
A-12.1	Qualitätsmanagement	21
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	22
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	25
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	29
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	30
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	32
A-13	Besondere apparative Ausstattung	33
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	34

A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	34
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	34
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	35
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	35
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	37
B-[0107]	Klinik für Innere Medizin I (Allg. Innere und Gastroenterologie)	37
B-[0107].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[0107].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	37
B-[0107].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	38
B-[0107].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[0107].6	Hauptdiagnosen nach ICD	39
B-[0107].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	41
B-[0107].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	43
B-[0107].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	43
B-[0107].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[0107].11	Personelle Ausstattung	43
B-[0300]	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)	46
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[0300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	49
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	51
B-[0300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	52
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	52
B-[0300].11	Personelle Ausstattung	52
B-[0200]	Klinik für Geriatrie	55
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	55
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	55
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der	55

	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[0200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	56
B-[0200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	58
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	60
B-[0200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	60
B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	60
B-[0200].11	Personelle Ausstattung	60
B-[0260]	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik	63
B-[0260].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	63
B-[0260].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	63
B-[0260].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	63
B-[0260].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[0260].6	Hauptdiagnosen nach ICD	64
B-[0260].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	65
B-[0260].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	65
B-[0260].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	65
B-[0260].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-[0260].11	Personelle Ausstattung	66
B-[1500]	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	68
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	68
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	69
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	73
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	74
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	74
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	74
B-[1600]	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	77

B-[1600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[1600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	77
B-[1600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78
B-[1600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[1600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	79
B-[1600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	81
B-[1600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	83
B-[1600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	85
B-[1600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[1600].11	Personelle Ausstattung	87
B-[1900]	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie	89
B-[1900].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[1900].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	89
B-[1900].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	90
B-[1900].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[1900].6	Hauptdiagnosen nach ICD	91
B-[1900].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	91
B-[1900].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	92
B-[1900].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	92
B-[1900].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	92
B-[1900].11	Personelle Ausstattung	92
B-[2400]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	94
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	94
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	95
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	95
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	95
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	97
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	99
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	100
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	101

[2400].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	101
[2400].11		
B-[2900]	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)	103
B-[2900].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	103
B-[2900].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	103
B-[2900].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	103
B-[2900].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	104
B-[2900].6	Hauptdiagnosen nach ICD	104
B-[2900].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	106
B-[2900].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	108
B-[2900].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	109
[2900].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	109
[2900].11		
B-[3600]	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	112
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	112
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	112
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	113
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	113
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	113
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	115
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	117
B-[3600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	117
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	117
[3600].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	117
[3600].11		
B-[2600]	Belegklinik für HNO-Erkrankungen	120
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	120
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	120
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	121
B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	121
B-[2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	122

B-[2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	122
B-[2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	122
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	123
B-[2600].11	Personelle Ausstattung	123
B-[3751]	Klinik für Radiologie	124
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	124
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	124
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	124
B-[3751].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	125
B-[3751].6	Hauptdiagnosen nach ICD	125
B-[3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	125
B-[3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	126
B-[3751].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	126
B-[3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	126
B-[3751].11	Personelle Ausstattung	126
C	Qualitätssicherung	129
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	129
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	129
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	131
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	279
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	279
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	279
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	279
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	279
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	279
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	280
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus	280

nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	280
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	280
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	281
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	282
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	283

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

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

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Qualitätsmanagement

Kreisklinik Groß-Umstadt

Titel, Vorname, Name	Marco Bock-Klipstein
Telefon	06078 79 1005
E-Mail	m.bock-clipstein@kreiskliniken-dadi.de
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsleiter/ Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Christoph Dahmen
Telefon	06078 79 1000
Fax	06078 79 1801
E-Mail	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de
Links	
Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.kreiskliniken-dadi.de



Teil A

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Kreisklinik Groß-Umstadt
PLZ	64823
Ort	Groß-Umstadt
Straße	Krankenhausstr.
Hausnummer	11
IK-Nummer	260610690
Standort-Nummer	772772000
Standort-Nummer alt	1
Telefon-Vorwahl	06078
Telefon	790
E-Mail	info@kreiskliniken-dadi.de
Krankenhaus-URL	http://www.kreiskliniken-dadi.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Kreisklinik Groß-Umstadt	
PLZ	64823
Ort	Groß-Umstadt
Straße	Krankenhausstr.
Hausnummer	11
IK-Nummer	260610690
Standort-Nummer	772772000
Standort-Nummer alt	1
Standort-URL	http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses	
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsleiter
Titel, Vorname, Name	Christoph Dahmen
Telefon	06078 79 1000
Fax	06078 79 1801
E-Mail	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht

Kreisklinik Groß-Umstadt

Titel, Vorname, Name Pelin Meyer
Telefon 06078 79 1000
Fax 06078 79 1801
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Pflegedienstleitung

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

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Leiter, Chefarzt – Facharzt Orthopädie,
Unfallchirurgie und Rheumatologie
Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schröder
Telefon 06078 79 2501
Fax 06078 79 1815
E-Mail p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

Leitung des Standorts

Kreisklinik Groß-Umstadt – Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Betriebsleiter
Titel, Vorname, Name Christoph Dahmen
Telefon 06078 79 1000
Fax 06078 79 1801
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Kreisklinik Groß-Umstadt – Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht
Titel, Vorname, Name Pelin Meyer
Telefon 06078 79 1000
Fax 06078 79 1801
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Kreisklinik Groß-Umstadt – Pflegedienstleitung

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

Kreisklinik Groß-Umstadt – Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Leiter, Chefarzt – Facharzt Orthopädie,
Unfallchirurgie und Rheumatologie
Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schröder
Telefon 06078 79 2501

Fax 06078 79 1815
 E-Mail p.schraeder@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
 Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität
 UMCH-Universitätsmedizin Neumarkt a. M. Campus Hamburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen "Philos Intensivpflege"
2	MP51 - Wundmanagement
3	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
4	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
5	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
6	MP43 - Stillberatung
7	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
8	MP53 - Aromapflege/-therapie
9	MP06 - Basale Stimulation
10	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
11	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
12	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
13	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
14	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
15	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
16	MP21 - Kinästhetik
17	MP02 - Akupunktur
18	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
19	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
20	MP37 – Schmerztherapie/-management
21	MP18 – Fußreflexzonenmassage
22	MP64 – Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
23	MP19 – Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
24	MP23 – Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
25	MP24 – Manuelle Lymphdrainage
	MP25 – Massage
26	z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu, Weitere Informationen auf der Homepage: https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/physiotherapie-gross-umstadt/massageangebote/
27	MP09 – Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung
28	MP27 – Musiktherapie
29	MP32 – Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie z. B. Erweiterte Ambulante Physio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie
30	MP13 – Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
31	MP33 – Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse z. B. Nordic-Walking, Move (Gewichtsreduktion durch Ganzkörpertraining), Rückenschule
32	MP34 – Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie
33	MP40 – Spezielle Entspannungstherapie z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais
34	MP44 – Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
35	MP50 – Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
36	MP52 – Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
37	MP56 – Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
38	MP63 – Sozialdienst
39	MP01 – Akupressur
40	MP29 – Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie z. B. bei CMD (Cranio-mandibuläre Dysfunktion = Fehlfunktion des Kopf-Kiefergelenks)
41	MP31 – Physikalische Therapie/Bädertherapie
42	MP48 – Wärme- und Kälteanwendungen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Im Rahmen von Wahlleistungen

#	Leistungsangebot
2	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
3	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
4	NM02: Ein-Bett-Zimmer Im Rahmen von Wahlleistungen
5	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
6	NM07: Rooming-in
7	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
8	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
9	NM05: Mutter-Kind-Zimmer
10	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
11	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Im Rahmen von Wahlleistungen
12	NM10: Zwei-Bett-Zimmer Im Rahmen von Wahlleistungen
13	NM68: 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

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schwerbehindertenbeauftragter
Titel, Vorname, Name	Christian Flach
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	BF26 – Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal interne Liste von fremdsprachigen Mitarbeitern vorhanden
2	BF11 – Besondere personelle Unterstützung
3	BF24 – Diätetische Angebote
4	BF18 – OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
5	BF17 – geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
6	BF04 – Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung

#	Aspekte der Barrierefreiheit
7	BF21 – Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
8	BF22 – Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
9	BF19 – Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
10	BF08 – Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
11	BF10 – Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
12	BF20 – Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
13	BF09 – Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
14	BF06 – Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
15	BF29 – Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus z.B. mehrsprachige Aufklärungsbögen, Gesundheitswegweiser in verschiedenen Sprachen auf der Homepage (https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-besucher/#c90)
16	BF32 – Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung Kapelle
17	BF33 – Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
18	BF34 – Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
19	BF35 – Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
20	BF37 – Aufzug mit visueller Anzeige
21	BF41 – Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme z.B. Klingel, Notruftelefon

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL01 – Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	FL04 – Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
3	FL03 – Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB19 – Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Eigene Krankenpflegeschule: http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/karriere-und-beruf/krankenpflegeschule/index.html

Praktikum für Physio-/ Ergotherapie und Logopäden.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 363

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 11479
 Teilstationäre Fallzahl 52
 Ambulante Fallzahl 33560
 StäB. Fallzahl 60

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				234
Beschäftigungsverhältnis	Mit	223,54	Ohne	10,46
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	234
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,94
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,94
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				21,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	21,73
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				17,36
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,36
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				1,13
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,13
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				

Gesamt				0,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				18,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,7

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				1,67
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,67

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt				0,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				1,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,39

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

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

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				4,84
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,84

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				4,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,73

SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

Gesamt				3,99
--------	--	--	--	------

Kreisklinik Groß-Umstadt

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,99
SP13 – Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut				
Gesamt				
				0,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,76
SP15 – Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister				
Gesamt				
				11,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,38
SP16 – Musiktherapeutin und Musiktherapeut				
Gesamt				
				0,34
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,34
SP20 – Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer				
Gesamt				
				0,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88
SP21 – Physiotherapeutin und Physiotherapeut				
Gesamt				
				13
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13
SP23 – Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe				
Gesamt				
				3,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,88
SP24 – Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut				
Gesamt				
				1,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,41
SP25 – Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter				
Gesamt				
				6,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,38
SP26 – Sozialpädagogin und Sozialpädagoge				
Gesamt				
				4,62

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,62

SP31 – Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge

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

SP55 – Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MITLA)

Gesamt				28,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	28,91

SP56 – Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MITRA)

Gesamt				2,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,47

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

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Mitarbeiter Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Juliane Portmann
Telefon	06078 79 1013
E-Mail	j.portmann@kreiskliniken-dadi.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Betriebsleitung, Ärztlicher Direktor,
Pflegedienstleitung, Betriebsrat,
Qualitätsmanagement

Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement
verantwortliche Person

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Mitarbeiterin Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name

Justina Bergmann

Telefon

06078 79 1005

E-Mail

j.bergmann@kreiskliniken-dadi.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form
eines Lenkungsgremiums bzw. einer
Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema
Risikomanagement austauscht

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 20.09.2019
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA: Lebensrettende Sofortmaßnahmen /Regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter Letzte Aktualisierung: 06.11.2020

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
5	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele</p> <p>Letzte Aktualisierung: 20.09.2019</p>
6	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Sturzprophylaxe ("Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege")</p> <p>Letzte Aktualisierung: 11.06.2021</p>
7	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA: Expertenstandard Dekubitus</p> <p>Letzte Aktualisierung: 11.06.2021</p>
8	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA Freiheitsentziehende Maßnahmen</p> <p>Letzte Aktualisierung: 26.11.2019</p>
9	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele</p> <p>Letzte Aktualisierung: 20.09.2019</p>
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele</p> <p>Letzte Aktualisierung: 20.09.2019</p>
14	<p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele</p> <p>Letzte Aktualisierung: 20.09.2019</p>
15	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientenidentifikationsarmbänder; OP-Checkliste; VA Patientenidentität</p> <p>Letzte Aktualisierung: 28.09.2020</p>
16	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA: Entlassungsmanagement</p> <p>Letzte Aktualisierung: 26.04.2017</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
17	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Postoperative Schmerztherapie im Aufwachraum Letzte Aktualisierung: 04.03.2019

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Andere: ATZ-Konferenzen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf
2	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 21.02.2020
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums wöchentlich

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

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Ein Krankshaushygieniker(Curricularer Krankenhaushygieniker in Weiterbildung)für alle Standorte Groß-Umstadt, Jugendheim und Dieburg zuständig.

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	5

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	HFK sind für alle Standorte Groß-Umstadt, Jugendheim und Dieburg zuständig.

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	19

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Würde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Zu A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

- ◆ Wöchentliche Antibiotika-Visite
- ◆ Benennung von ABS-Beauftragten und ABS-Experten

Zu A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

- ◆ Orientierung an den Empfehlungen der KRINKO (*Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention*) und an den Vorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften

Zu A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement Instrumente und Maßnahmen:

- ◆ Jährliche Hygiene-Begehungen, in Risikobereichen 2x im Jahr
- ◆ Gründung einer Covid Task Force
- ◆ Hygiene Jour fixe

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

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgmeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgmeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgmeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 24

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 125

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich Jährliche Leistungsqualifikation (Revalidierung)
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich
3	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat) Zertifikat Bronze wird für das Jahr 2022 angestrebt.
4	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
5	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE-Netzwerk Südhessen

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

- HAND-KISS
- STATIONS-KISS

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

#	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).	Ja Verfahrensanweisung Umgang mit Beschwerden Letzte Aktualisierung: 21.02.2020

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Alle Mitarbeiter des Qualitätsmanagements bearbeiten Beschwerden. E-Mail: IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig/index.html Sowohl Patienten, Mitarbeiter und Angehörige haben die Möglichkeit anonyme Beschwerden zu melden (Internet und Intranet).
9	Patientenbefragungen	Ja Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich
10	Einweiserbefragungen	Ja Die nächste Einweiserbefragung ist geplant

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
 Titel, Vorname, Name Juliane Portmann
 Telefon 06078 79 1013
 E-Mail j.portmann@kreiskliniken-dadi.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Patientenfürsprecherin
 Titel, Vorname, Name Renate Filip
 Telefon 06078 79 0
 E-Mail IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für

Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird. AMTS (Arzneimitteltherapiesicherheit) ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Inhaber und Geschäftsführer der Bären Apotheke Hauptstraße 27 64711 Erbach
Titel, Vorname, Name	Frank Buffleb
Telefon	06062 9439 110
Fax	06062 4021
E-Mail	frank.buffleb@baeren-apotheke-erbach.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Bären-Apotheke Erbach

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw.

welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1

der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt
 Präventions- und Interventionsmaßnahmen
 vorgesehen? Nein

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor
 Auswahl Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse
2	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße inklusive intravaskulärer Ultraschall und Rotationsablationsgerät
3	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein Hirnstrommessung EEG-Untersuchungen im Zentrum für seelische Gesundheit.
4	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen Teleradiologische Befundung außerhalb der regulären Betriebszeiten.
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder
6	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)
7	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
8	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden

#	Gerätenummer	24h verfügbar
9	AA33 – Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich Harnflussmessung wird in der Gynäkologie angewendet

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart

Erläuterungen

Gegenüber dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration wurde die Einstufung in die Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) angezeigt. Eine Vereinbarung mit den Sozialleistungsträgern im Rahmen der Entgeltverhandlungen hat noch nicht stattgefunden.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Die Kreisklinik Groß-Umstadt erfüllt die Kriterien für die Module "Schlaganfallversorgung" und "Durchblutungsstörungen am Herzen" im Sinne der Speziellen Notfallversorgung.

Da aber die höherwertigen Kriterien der Erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) erfüllt sind, kommt die Spezielle Notfallversorgung nicht zum Tragen.

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

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



Teil B

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0107] Klinik für Innere Medizin I (Allg. Innere und Gastroenterologie)

B-[0107].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin I (Allg. Innere und Gastroenterologie)

B-[0107].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0107 – Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
2	0100 – Innere Medizin

B-[0107].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Martin-Walter Welker
Telefon	06078 79 2101
Fax	06078 79 1809
E-Mail	k.frisch@kreiskliniken-dadi.de
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-i-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/

B-[0107].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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

nach § 135c SGB V

B-[0107].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
2	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
3	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
4	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
5	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
6	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
7	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
9	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
10	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
11	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
12	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VI42 - Transfusionsmedizin
16	VI35 - Endoskopie
17	VR02 - Native Sonographie
18	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
19	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
20	VR04 - Duplexsonographie
21	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
22	VR06 - Endosonographie
23	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
24	VI27 - Spezialsprechstunde
25	VI40 - Schmerztherapie
26	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
27	VI00 - („Sonstiges“): Lebersprechstunde im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung
28	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
29	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
30	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
31	VU18 - Schmerztherapie
32	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

B-[0107].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2635
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0107].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	220
2	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	98
3	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	71
4	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	70
5	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	68
6	K29.6	Sonstige Gastritis	49
7	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	48
8	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	43
9	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	42
10	A46	Erysipel [Wundrose]	41
11	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	35
12	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	35
13	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	30
14	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	30
15	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	29
16	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	29
17	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	29
18	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	24
19	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
20	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	23
21	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	23
22	R06.0	Dyspnoe	23
23	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	21
24	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	21
25	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	20
26	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	20
27	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	19
28	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	19
29	K29.1	Sonstige akute Gastritis	18
30	K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	18

B-[0107].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	220
2	K29	Gastritis und Duodenitis	168
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	99
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	95
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	94
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	92
7	K57	Divertikulose des Darmes	69
8	K80	Cholelithiasis	66
9	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	51
10	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	48
11	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	47
12	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	46
13	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	42
14	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	42
15	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	41
16	A46	Erysipel [Wundrose]	41
17	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	38
18	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	37
19	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	35
20	N17	Akutes Nierenversagen	35
21	D50	Eisenmangelanämie	34
22	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	32
23	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	31
24	K85	Akute Pankreatitis	31
25	K70	Alkoholische Leberkrankheit	31
26	G40	Epilepsie	29
27	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	27
28	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	26
29	A41	Sonstige Sepsis	26
30	R06	Störungen der Atmung	24

B-[0107].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0107].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	700
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	321
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	312
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	280
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	265
6	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	262
7	3-200	Native Computertomographie des Schädels	210
8	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	205
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	199
10	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	183
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	117
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	109
13	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	85
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	80
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	76
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	70
17	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	67
18	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	66
19	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	61
20	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	61
21	3-202	Native Computertomographie des Thorax	57
22	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	53
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	51
24	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	50
25	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	46
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	42
27	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	42
28	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	40

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	39
30	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	39

B-[0107].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	974
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	707
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	445
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	395
5	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	314
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	280
7	3-200	Native Computertomographie des Schädels	210
8	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	204
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	199
10	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	131
11	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	122
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	113
13	5-469	Andere Operationen am Darm	97
14	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	76
15	3-202	Native Computertomographie des Thorax	57
16	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	53
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	42
18	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	40
19	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	40
20	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	39
21	5-449	Andere Operationen am Magen	27
22	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	22
23	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	22
24	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	21
25	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	20
26	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	18
27	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	17
28	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	17
29	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	17
30	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	17

B-[0107].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0107].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Welker
2	AM08 – Notfallambulanz (24h)	Im Rahmen der Interdisziplinären Notaufnahme
3	AM11 – Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[0107].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0107].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0107].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	390
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	88
3	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	87
4	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	74
5	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	10

B-[0107].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	487
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	162

B-[0107].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0107].11 Personelle Ausstattung

B-[0107].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		40,23	Fälle je VK/Person 65,49839
Beschäftigungsverhältnis	Mit	39,03	Ohne 1,2
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 40,23
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		16,36	Fälle je VK/Person 161,063553
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,16	Ohne 1,2
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 16,36

B-[0107].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 – Innere Medizin 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
2	AQ26 – Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0107].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF61 – Klinische Akut- und Notfallmedizin
2	ZF62 – Krankenhaushygiene

B-[0107].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		26,17	Fälle je VK/Person 100,687813
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,17	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 26,17
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften			
Gesamt		1,8	Fälle je VK/Person 1463,88892
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,8	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1,8
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften			
Gesamt		1,13	Fälle je VK/Person 2331,8584
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,13	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1,13
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		2,46	Fälle je VK/Person 1071,13818
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,46	Ohne 0

Versorgungsform Ambulant 0 Stationär 2,46

B-[0107].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 – Praxisanleitung
3	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ21 – Casemanagement

B-[0107].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 – Kinästhetik
2	ZP20 – Palliative Care
3	ZP01 – Basale Stimulation
4	ZP14 – Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
5	ZP02 – Bobath
6	ZP16 – Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

B-[0107].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.

B-[0300] Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)

B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 – Kardiologie

B-[0300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II – Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Michael Weber

Telefon 06078 79 2201

E-Mail sekretariat_kardiologie@kreiskliniken-dadi.de

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-[0300].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-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI03 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	VI34 – Elektrophysiologie

#	Medizinische Leistungsangebote
3	VI40 – Schmerztherapie
4	VI07 – Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	VI02 – Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
6	VI21 – Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
7	VI01 – Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
8	VI04 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	VI33 – Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
10	VI31 – Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
11	VI20 – Intensivmedizin
12	VI05 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
13	VI06 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
14	VI16 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
15	VN01 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
16	VC05 – Schrittmachereingriffe
17	VC06 – Defibrillatoreingriffe
18	VC17 – Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
19	VK00 – („Sonstiges“): Interventionelle Therapie bei koronarer und struktureller Herzkrankheit
20	VK00 – („Sonstiges“): Herzkatheter

B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3342
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I20.0	Instabile Angina pectoris	378
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	245
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	188
4	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	165
5	R07.2	Präkordiale Schmerzen	145
6	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	141
7	R55	Synkope und Kollaps	134
8	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	128
9	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	121
10	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	99
11	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	85
12	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	70
13	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	70

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	64
15	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	58
16	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	47
17	E86	Volumenmangel	44
18	R06.0	Dyspnoe	41
19	I95.1	Orthostatische Hypotonie	40
20	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	36
21	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	36
22	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	33
23	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	32
24	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	32
25	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	31
26	R42	Schwindel und Taumel	29
27	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	29
28	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	27
29	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	25
30	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	24

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I20	Angina pectoris	507
2	I50	Herzinsuffizienz	442
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	328
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	271
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	270
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	220
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	183
8	R55	Synkope und Kollaps	134
9	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	58
10	I26	Lungenembolie	53
11	I95	Hypotonie	51
12	I47	Paroxysmale Tachykardie	51
13	I63	Hirnfarkt	45
14	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	44
15	E86	Volumenmangel	44
16	R06	Störungen der Atmung	42
17	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	38
18	R00	Störungen des Herzschlages	34
19	R42	Schwindel und Taumel	29

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	I42	Kardiomyopathie	26
21	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	26
22	K29	Gastritis und Duodenitis	22
23	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	22
24	I40	Akute Myokarditis	21
25	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	20
26	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	18
27	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	16
28	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	15
29	N17	Akutes Nierenversagen	12
30	H81	Störungen der Vestibularfunktion	10

B-[0300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1138
2	8-83b.0b	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung	630
3	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	601
4	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	464
5	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	374
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	365
7	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	245
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	202
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	199
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	189
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	185
12	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	169

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	145
14	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	98
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	79
16	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	78
17	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	75
18	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	72
19	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	70
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	66
21	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	65
22	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	59
23	6-002.j2	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Tirofiban, parenteral: 6,25 mg bis unter 12,50 mg	50
24	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	49
25	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	49
26	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	49
27	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	48
28	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	48
29	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	47
30	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	46

B-[0300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1367
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1261
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	852
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	587
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	464

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	365
7	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	250
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	202
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	185
10	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	132
11	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	126
12	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	122
13	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	108
14	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	75
15	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	59
16	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	57
17	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	54
18	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	50
19	3-05g	Endosonographie des Herzens	49
20	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	49
21	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	48
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	36
23	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	28
24	3-202	Native Computertomographie des Thorax	20
25	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	19
26	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	19
27	1-650	Diagnostische Koloskopie	18
28	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	16
29	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	16
30	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	15

B-[0300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde Chefarzt Prof. Dr. med. M. Weber Alle Leistungen der ambulanten Kardiologie

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM08 – Notfallambulanz (24h)	Im Rahmen der Interdisziplinären Notaufnahme
3	AM11 – Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	319
2	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	14
3	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	8

B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	341

B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0300].11 Personelle Ausstattung

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		5,84	Fälle je VK/Person 572,260254
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,84	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 5,84
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		4,78	Fälle je VK/Person 699,163147

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,78

B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 – Innere Medizin 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.
2	AQ28 – Innere Medizin und Kardiologie

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 – Intensivmedizin
2	ZF28 – Notfallmedizin

B-[0300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		30,48	Fälle je VK/Person	109,645668
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,31	Ohne	2,17
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	30,48
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		2,45	Fälle je VK/Person	1364,08167
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,45
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		2,49	Fälle je VK/Person	1342,1687
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,49

B-[0300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 – Praxisanleitung
4	PQ22 – Intermediate Care Pflege

B-[0300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 – Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
2	ZP01 – Basale Stimulation
3	ZP16 – Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
4	ZP08 – Kinästhetik

B-[0300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0200] Klinik für Geriatrie

B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Geriatrie

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 – Geriatrie

B-[0200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der Klinik für Geriatrie
 Titel, Vorname, Name Dr. med. Martin Schunck
 Telefon 06078 79 2301
 Fax 06078 79 1813
 E-Mail p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de
 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-[0200].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-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI40 – Schmerztherapie
2	VR04 – Duplexsonographie
3	VR03 – Eindimensionale Dopplersonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
4	VR02 – Native Sonographie
5	VI39 – Physikalische Therapie
6	VI17 – Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
7	VI35 – Endoskopie
8	VI10 – Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	VI15 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
10	VI07 – Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
11	VI24 – Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
12	VI08 – Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
13	VI14 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
14	VI11 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
15	VH24 – Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
16	VI03 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
17	VI06 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
18	VI19 – Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
19	VI25 – Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
20	VI31 – Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
21	VI44 – Geriatrische Tagesklinik
22	VN01 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
23	VN11 – Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
24	VN15 – Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

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

B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	361
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	66
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	39
3	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	33
4	S32.5	Fraktur des Os pubis	16
5	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	10
6	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	6
8	R55	Synkope und Kollaps	6
9	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	5
11	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	5
12	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	5
13	E86	Volumenmangel	5
14	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	4
15	S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	4
16	M54.4	Lumboischialgie	4
17	M80.85	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	4
18	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	4
19	M54.5	Kreuzschmerz	4

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	98
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	67
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	27
4	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	13
5	I50	Herzinsuffizienz	11
6	M54	Rückenschmerzen	9
7	R55	Synkope und Kollaps	6
8	I63	Hirnfarkt	6
9	I21	Akuter Myokardinfarkt	6
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	6
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5
12	E86	Volumenmangel	5
13	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	5
14	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	5
15	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	5
16	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	5
17	S06	Intrakranielle Verletzung	4

B-[0200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	239
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	117
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	91
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	45
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	34
6	3-206	Native Computertomographie des Beckens	32
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	18
8	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	18
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	18
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	16
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	15
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	10
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	8
14	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	8
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	8
16	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	8
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	7
18	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	7
19	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
20	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	7
21	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	5
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	5
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	5
24	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	5
25	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	5

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	4
27	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	4
28	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	4

B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	364
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	94
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	91
4	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	34
5	3-206	Native Computertomographie des Beckens	32
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	18
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	18
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	16
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	16
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	10
11	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	8
12	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	8
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	8
14	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
15	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	7
16	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	7
17	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	6
18	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	5
19	3-202	Native Computertomographie des Thorax	5
20	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	4
21	1-650	Diagnostische Koloskopie	4

B-[0200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Chefarzt Dr. med Schunck

B-[0200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0200].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

B-[0200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0200].11 Personelle Ausstattung

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		4,3	Fälle je VK/Person 83,95348
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,3	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 4,3
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		3,55	Fälle je VK/Person 101,69014
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,55	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,55

B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ63 – Allgemeinmedizin
2	AQ23 – Innere Medizin

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 – Geriatrie
2	ZF42 – Spezielle Schmerztherapie
3	ZF28 – Notfallmedizin
4	ZF30 – Palliativmedizin

B-[0200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		38,5	
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		32,55	Fälle je VK/Person 11,09063
Beschäftigungsverhältnis	Mit	30,67	Ohne 1,88
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 32,55
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		3,46	Fälle je VK/Person 104,335258
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,46	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,46
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften			
Gesamt		3,42	Fälle je VK/Person 105,55555
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,42	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,42
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		2,98	Fälle je VK/Person 121,140938
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,98	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 2,98

B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ17 – Pflege in der Rehabilitation
3	PQ20 – Praxisanleitung
4	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege

Pflegeexperte klinische Geriatrie
 Führerschein Geriatrie

Kreative Geronto-Therapeutin nach SMEI

Validation/Anwenderin nach Naomi Feil

B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP07 – Geriatrie
2	ZP08 – Kinästhetik
3	ZP01 – Basale Stimulation
4	ZP18 – Dekubitusmanagement
5	ZP02 – Bobath
	ZP14 – Schmerzmanagement
6	z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
7	ZP25 – Gerontopsychiatrie
	ZP16 – Wundmanagement
8	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

B-[0200].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.

B-[0260] Klinik für Geriatrie/Tagesklinik

B-[0260].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Geriatrie/Tagesklinik

B-[0260].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0260 – Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[0260].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der Klinik für Geriatrie
 Titel, Vorname, Name Dr. med. Martin Schunck
 Telefon 06078 79 2301
 Fax 06078 79 1813
 E-Mail p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de
 Strasse Krankenhausstr.
 Hausnummer 11
 PLZ 64823
 Ort Groß-Umstadt
 URL <https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/m-edizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/geriatriische-tagesklinik/>

B-[0260].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-[0260].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI44 – Geriatriische Tagesklinik
2	VI24 – Diagnostik und Therapie von geriatriischen Erkrankungen
3	VI40 – Schmerztherapie

#	Medizinische Leistungsangebote
4	VR04 – Duplexsonographie
5	VR03 – Eindimensionale Dopplersonographie
6	VR02 – Native Sonographie
7	VI39 – Physikalische Therapie
8	VI17 – Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
9	VI35 – Endoskopie
10	VI10 – Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
11	VI15 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	VI07 – Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
13	VI08 – Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	VI14 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
15	VI11 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
16	VH24 – Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
17	VI03 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
18	VI06 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
19	VI19 – Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
20	VI25 – Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
21	VI31 – Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
22	VN01 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
23	VN11 – Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
24	VN15 – Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

B-[0260].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	52

B-[0260].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-[0260].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[0260].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0260].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a.11	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	718
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	17
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	8

B-[0260].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	718
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	22
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	8

B-[0260].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0260].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Chefarzt Dr. Schunck

B-[0260].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0260].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0260].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[0260].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0260].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0260].11 Personelle Ausstattung

B-[0260].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

B-[0260].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ63 – Allgemeinmedizin Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
2	AQ23 – Innere Medizin Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie

B-[0260].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 – Geriatrie Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
2	ZF42 – Spezielle Schmerztherapie
3	ZF28 – Notfallmedizin Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
4	ZF30 – Palliativmedizin Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie

B-[0260].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

0

B-[0260].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ17 – Pflege in der Rehabilitation

B-[0260].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP07 – Geriatrie
2	ZP08 – Kinästhetik
3	ZP01 – Basale Stimulation
4	ZP14 – Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

#	Zusatzqualifikation
5	ZP02 – Bobath
6	ZP09 – Kontinenzmanagement
7	ZP16 – Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

B-[0260].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.

B-[1500] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 – Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name Dr. med. Hans-Jürgen Hain
Telefon 06078 79 2401
Fax 06078 79 1814
E-Mail allgemeinchirurgie@kreiskliniken-dadi.de
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-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC71 – Notfallmedizin
2	VK31 – Kinderchirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
3	VR02 – Native Sonographie
4	VC55 – Minimalinvasive laparoskopische Operationen
5	VC67 – Chirurgische Intensivmedizin
6	VC56 – Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	VC05 – Schrittmachereingriffe
8	VC60 – Adipositaschirurgie
9	VC06 – Defibrillatoreingriffe
10	VC62 – Portimplantation
11	VC24 – Tumorchirurgie
12	VC23 – Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
13	VC22 – Magen-Darm-Chirurgie
14	VC57 – Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

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

Vollstationäre Fallzahl	1301
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	89
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	79
3	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	50
4	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	49
5	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	45
6	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	39
7	E66.87	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 50 bis unter 60	31
8	E66.86	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50	31
9	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	29
10	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	29
11	K62.3	Rektumprolaps	27
12	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	24
13	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	22

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	20
15	K61.2	Anorektalabszess	19
16	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	19
17	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	17
18	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	16
19	L72.1	Trichilemmalzyste	16
20	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	15
21	K61.0	Analabszess	14
22	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	13
23	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	13
24	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	13
25	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	13
26	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	13
27	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	13
28	B07	Viruswarzen	12
29	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	11
30	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	11

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	157
2	K40	Hernia inguinalis	128
3	E66	Adipositas	79
4	K35	Akute Appendizitis	75
5	K57	Divertikulose des Darmes	72
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	55
7	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	54
8	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	39
9	L05	Pilonidalzyste	36
10	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	34
11	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	34
12	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	32
13	K43	Hernia ventralis	29
14	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	28
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	22
16	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	18
18	K42	Hernia umbilicalis	18
19	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	17
20	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	16
21	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	16
22	K81	Cholezystitis	16
23	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	12
24	B07	Viruswarzen	12
25	L03	Phlegmone	12
26	I83	Varizen der unteren Extremitäten	11
27	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	11
28	K29	Gastritis und Duodenitis	10
29	K25	Ulcus ventriculi	10
30	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	9

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	182
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	143
3	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	97
4	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	87
5	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	76
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	65
7	5-445.51	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Mit Staplernahut oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Laparoskopisch	64
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	55
9	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsioyse: Laparoskopisch	46
10	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	41
11	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	41
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	40
13	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	39
14	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	35

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	35
16	5-493.5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler	29
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	27
18	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	25
19	5-932.15	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 300 cm ² bis unter 400 cm ²	25
20	3-138	Gastrographie	23
21	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	23
22	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	22
23	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	21
24	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	20
25	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	20
26	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	19
27	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	19
28	5-455.75	Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	19
29	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	17
30	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	13

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	182
2	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	157
3	5-511	Cholezystektomie	155
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	123
5	5-469	Andere Operationen am Darm	98
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	82
7	5-470	Appendektomie	77
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	71
9	5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	71
10	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	71
11	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	57
12	1-650	Diagnostische Koloskopie	57
13	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	55
14	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	51

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	49
16	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	47
17	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	46
18	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	42
19	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	40
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	35
21	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	35
22	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	26
23	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	26
24	3-138	Gastrographie	23
25	1-654	Diagnostische Rektoskopie	23
26	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	22
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	21
28	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	20
29	8-190	Spezielle Verbandstechniken	19
30	5-454	Resektion des Dünndarmes	18

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 – Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM08 – Notfallambulanz (24h)	Alle Notfälle der Allgemein- und Viszeralchirurgie
3	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Chefarzt Dr. med. H.-J. Hain Alle Leistungen der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Kreisklinik Groß-Umstadt

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	34
2	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	14
3	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	10
4	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	8
5	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	7
6	5-852.67	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	4
7	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	4
8	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	44
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	17
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	12
4	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	11
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	10
6	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	6
7	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	5
8	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		9,54	Fälle je VK/Person	136,373169
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,61	Ohne	0,93
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,54
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		6,4	Fälle je VK/Person	203,28125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,47	Ohne	0,93
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,4

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 – Viszeralchirurgie Mit voller Weiterbildung Viszeralchirurgie und 66 Monate spezielle Viszeralchirurgie
2	AQ06 – Allgemeinchirurgie Die Klinik besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt für Chirurgie (gemeinsam mit der Klinik für Unfallchirurgie)
3	AQ07 – Gefäßchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		8,93	Fälle je VK/Person	145,688675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,66	Ohne	0,27
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,93
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		1,97	Fälle je VK/Person	660,406067
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,97

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 – Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 – Kinästhetik
2	ZP14 – Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
3	ZP16 – Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

B-[1500].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.

B-[1600] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

B-[1600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Im Rahmen einer umfänglichen Qualitätsprüfung hat die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie die Zertifizierung als "AltersTrauma Zentrum DGU" und als "lokales Trauma Zentrum DGU" von der CERT IQ GmbH, einer Zertifizierungsgesellschaft im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und als lokales Trauma Zentrum, erhalten. Zum 01.01.2020 fand ein Chefarztwechsel statt. Neuer Chefarzt ist Herr Prof. Dr. med. Peter Schröder.

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

B-[1600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 – Unfallchirurgie

B-[1600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Peter Schröder
Telefon	06078 79 2501
Fax	06078 79 1815
E-Mail	t.kehr@kreiskliniken-dadi.de
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-[1600].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-[1600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO05 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
2	VO09 – Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
3	VO07 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
4	VO06 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
5	VO03 – Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
6	VO01 – Diagnostik und Therapie von Arthropathien
7	VK32 – Kindertraumatologie
8	VO21 – Traumatologie
9	VO16 – Handchirurgie
10	VO14 – Endoprothetik
11	VO11 – Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
12	VO04 – Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
13	VO08 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
14	VO10 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
15	VC67 – Chirurgische Intensivmedizin
16	VC27 – Bandrekonstruktionen/Plastiken
17	VC28 – Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
18	VC30 – Septische Knochenchirurgie
19	VC31 – Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
20	VC34 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
21	VC35 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
22	VC36 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
23	VC37 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
24	VC38 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
25	VC39 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
26	VC40 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
27	VC41 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
28	VC42 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
29	VC63 – Amputationschirurgie
30	VC45 – Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
31	VC50 – Chirurgie der peripheren Nerven
32	VO13 – Spezialsprechstunde
33	VC53 – Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
34	VI39 – Physikalische Therapie
35	VO02 – Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
36	VC26 – Metall-/Fremdkörperentfernungen

#	Medizinische Leistungsangebote
37	VC66 – Arthroskopische Operationen
38	VO12 – Kinderorthopädie
39	VO17 – Rheumachirurgie
40	VO18 – Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
41	VC64 – Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
42	VC65 – Wirbelsäulenchirurgie
43	VO15 – Fußchirurgie
44	VO20 – Sportmedizin/Sporttraumatologie

B-[1600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1191
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	58
2	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	56
3	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	51
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	44
5	M54.4	Lumboischialgie	36
6	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	31
7	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	29
8	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	28
9	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	28
10	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	25
11	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	24
12	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	23
13	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	19
14	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	19
15	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	19
16	S82.82	Trimalleolarfraktur	18
17	S86.0	Verletzung der Achillessehne	16
18	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	15
19	S06.0	Gehirnerschütterung	15
20	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	14
21	M54.5	Kreuzschmerz	14
22	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	14
23	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	13
24	S32.5	Fraktur des Os pubis	13

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
25	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	12
26	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	12
27	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	11
28	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	11
29	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	11
30	S82.0	Fraktur der Patella	11

B-[1600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	164
2	S52	Fraktur des Unterarmes	157
3	S72	Fraktur des Femurs	125
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	100
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	83
6	M54	Rückenschmerzen	56
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	55
8	M48	Sonstige Spondylopathien	37
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	36
10	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	29
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	28
12	S06	Intrakranielle Verletzung	27
13	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	20
14	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	19
15	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	17
16	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	16
17	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	16
18	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	14
19	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	14
20	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	13
21	L03	Phlegmone	11
22	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	9
23	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	9
24	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	8
25	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	8

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	7
27	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	7
28	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	6
29	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	6
30	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	5

B-[1600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	110
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	107
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	99
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	97
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	93
6	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	83
7	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert	83
8	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation	79
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	78
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	77
11	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	72
12	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	71
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	70
14	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	68
15	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	56
16	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	51
17	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	49
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	47
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	39

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	34
21	5-806.3	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht der Syndesmose	34
22	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherner Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	30
23	5-793.k6	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	29
24	5-832.0	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Spondylophyt	29
25	5-032.11	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	27
26	5-032.21	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 2 Segmente	27
27	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	26
28	5-793.1r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	26
29	5-831.9	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie	23
30	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	22

B-[1600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	300
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	285
3	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	193
4	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	176
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	167
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	119
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	107
8	5-984	Mikrochirurgische Technik	99
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	97
10	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	97
11	3-200	Native Computertomographie des Schädels	93
12	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	87
13	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	78

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	77
15	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	72
16	3-206	Native Computertomographie des Beckens	70
17	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	63
18	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	52
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	51
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	49
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	42
22	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	38
23	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	34
24	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	29
25	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	28
26	5-786	Osteosyntheseverfahren	23
27	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	23
28	5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	22
29	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	19
30	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	19

B-[1600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 – D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
2	AM08 – Notfallambulanz (24h)	Behandlung von allen unfallchirurgischen Notfällen
3	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder Gesamtes Spektrum der Unfallchirurgie und Orthopädie
4	AM11 – Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Endoprothetiksprechstunde

B-[1600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC27 – Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC31 – Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
3	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC42 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
4	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC39 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
5	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC41 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
6	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC35 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
7	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC36 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
8	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC37 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
9	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC33 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
10	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC38 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
11	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC40 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
12	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC32 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
13	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC34 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
14	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VO15 – Fußchirurgie
15	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC28 – Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
16	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VO16 – Handchirurgie
17	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC26 – Metall-/Fremdkörperentfernungen
18	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC30 – Septische Knochenchirurgie
19	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VO20 – Sportmedizin/Sporttraumatologie
20	Privatsprechstunde von Herrn Prof. Dr. Schröder	VC65 – Wirbelsäulenchirurgie

B-[1600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	21
2	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	20
3	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	11
4	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	11
5	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	11
6	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	11
7	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	10
8	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	10
9	5-787.3b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metakarpale	9
10	5-795.3b	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	8
11	5-787.03	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	8
12	5-790.25	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft	8
13	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	7
14	5-841.a5	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	6
15	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	6
16	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	6
17	5-796.2v	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metatarsale	6
18	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	5
19	5-790.13	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus distal	5
20	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	5
21	5-796.2b	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	5
22	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	5
23	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	4
24	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	4
25	5-787.g0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Klavikula	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-793.14	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius proximal	4
27	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	4
28	5-814.1	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	4
29	5-795.1c	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Phalangen Hand	4
30	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	4

B-[1600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	187
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	65
3	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	33
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	25
5	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	24
6	5-841	Operationen an Bändern der Hand	15
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	15
8	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	10
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	9
10	5-844	Operation an Gelenken der Hand	9
11	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	6
12	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	5
13	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	5
14	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	4
15	5-849	Andere Operationen an der Hand	4
16	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	4
17	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	4
18	5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	4

B-[1600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1600].11 Personelle Ausstattung

B-[1600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		8,59	Fälle je VK/Person	138,6496
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,48	Ohne	0,11
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,59
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		6,41	Fälle je VK/Person	185,803436
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,3	Ohne	0,11
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,41

B-[1600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 – Allgemein Chirurgie
2	AQ10 – Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF43 – Spezielle Unfallchirurgie

B-[1600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		20,38	Fälle je VK/Person	58,43965
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,18	Ohne	2,2
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	20,38
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,95	Fälle je VK/Person	610,7692
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,95

B-[1600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 – Praxisanleitung

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
3	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 – Kinästhetik
2	ZP14 – Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
3	ZP16 – Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
4	ZP01 – Basale Stimulation

B-[1600].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.

B-[1900] Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie

Die Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie befindet sich an drei Standorten:

1. Kreiskliniken Darmstadt- Dieburg, 64823 Groß-Umstadt, Krankenhausstraße 11
2. Spezialklinik Jugenheim, 64342 Jugenheim, Hauptstraße 30
3. Schloß Heiligenberg, 64342 Jugenheim, Auf dem Heiligenberg 8

B-[1900].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie

B-[1900].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1900 – Plastische Chirurgie

B-[1900].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie
Titel, Vorname, Name	Prof.Dr. med. Peter Schröder
Telefon	06257 508 196
Fax	06257 508 505
E-Mail	d.keilmann@kreiskliniken-dadi.de
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-[1900].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-[1900].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH13 – Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
2	VC64 – Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
3	VH06 – Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
4	VC29 – Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	VC58 – Spezialsprechstunde
6	VA01 – Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
7	VA16 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
8	VC13 – Operationen wegen Thoraxtrauma
9	VC19 – Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
10	VC24 – Tumorchirurgie
11	VC60 – Adipositaschirurgie
12	VC31 – Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
13	VC32 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
14	VC33 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
15	VC34 – Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
16	VC69 – Verbrennungschirurgie
17	VC57 – Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
18	VD03 – Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
19	VD04 – Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
20	VD08 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
21	VD10 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
22	VD11 – Spezialsprechstunde
23	VD12 – Dermatochirurgie
24	VD13 – Ästhetische Dermatologie
25	VD15 – Dermatohistologie
26	VD18 – Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
27	VD20 – Wundheilungsstörungen
28	VG01 – Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
29	VG02 – Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
30	VG04 – Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
31	VH18 – Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
32	VH19 – Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
33	VH21 – Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
34	VH22 – Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
35	VH23 – Spezialsprechstunde
36	VH26 – Laserchirurgie
37	VO11 – Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
38	VZ10 – Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

#	Medizinische Leistungsangebote
39	VZ15 – Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[1900].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 46

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[1900].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	26
2	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	4

B-[1900].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	26
2	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	4

B-[1900].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1900].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-911.0b	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	15
2	5-911.07	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Oberarm und Ellenbogen	6
3	5-911.0e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Oberschenkel und Knie	5
4	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	4
5	5-894.1b	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Bauchregion	4

B-[1900].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	29
2	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	24
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5

4	5-884	Mammareduktionsplastik	4
---	-------	------------------------	---

B-[1900].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1900].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Dr. Abdeen und Herrn Dr. Tabatabaei am Schloß Heiligenberg

B-[1900].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1900].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1900].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------	----------

B-[1900].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
---	------------	-------------------------	--------

B-[1900].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1900].11 Personelle Ausstattung

B-[1900].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		3,92	Fälle je VK/Person 11,73469
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,77	Ohne 0,15
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,92
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		3,23	Fälle je VK/Person 14,24149
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,08	Ohne 0,15
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,23

B-[1900].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ11 – Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	AQ63 – Allgemeinmedizin

B-[1900].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1900].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 0

B-[1900].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege
2	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[1900].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 – Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
2	ZP14 – Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

B-[1900].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.

B-[2400] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].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

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Alexander Ispas
Telefon	06078 79 2601
Fax	06078 79 1816
E-Mail	frauenklinik@kreiskliniken-dadi.de
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-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG12 – Geburtshilfliche Operationen
2	VG06 – Gynäkologische Chirurgie
3	VG18 – Gynäkologische Endokrinologie
4	VG07 – Inkontinenzchirurgie
5	VG04 – Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
6	VG16 – Urogynäkologie
7	VG05 – Endoskopische Operationen
8	VG14 – Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	VG03 – Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
10	VG10 – Betreuung von Risikoschwangerschaften
11	VG08 – Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
12	VG19 – Ambulante Entbindung
13	VG02 – Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
14	VG11 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
15	VG01 – Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
16	VG13 – Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

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

Vollstationäre Fallzahl	1302
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	275
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	84
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	80
4	O48	Übertragene Schwangerschaft	49
5	P08.2	Nach dem Termin Geborenes, nicht zu schwer für das Gestationsalter	46
6	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	41
7	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	36
8	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	33
9	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	25
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	23

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
11	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	23
12	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	22
13	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	21
14	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	20
15	O20.0	Drohender Abort	18
16	O00.1	Tubargravidität	16
17	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	14
18	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	14
19	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	13
20	P05.0	Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene	13
21	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	12
22	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	12
23	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	11
24	N80.1	Endometriose des Ovars	10
25	O06.4	Nicht näher bezeichneter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation	10
26	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	9
27	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	9
28	N76.4	Abszess der Vulva	9
29	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	8
30	N81.6	Rektozele	8

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	275
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	90
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	80
4	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	53
5	O48	Übertragene Schwangerschaft	49
6	D25	Leiomyom des Uterus	49
7	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	44
8	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	41
9	N80	Endometriose	41

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
10	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	38
11	N81	Genitalprolaps bei der Frau	33
12	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	31
13	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	30
14	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	29
15	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	23
16	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	23
17	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	18
18	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	18
19	O00	Extrauterin gravidität	16
20	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	15
21	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	14
22	P05	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	13
23	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13
24	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	11
25	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10
26	O05	Sonstiger Abort	9
27	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	9
28	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	9
29	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	9
30	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	9

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	353
2	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	340
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	261
4	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	88
5	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	76
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	73
7	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	67

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	53
9	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	51
10	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	50
11	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	44
12	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	39
13	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	39
14	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	37
15	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	35
16	5-569.31	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch	33
17	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	33
18	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	32
19	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	27
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	20
21	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	17
22	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	17
23	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	15
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	15
25	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	15
26	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	15
27	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	14
28	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	14
29	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	13
30	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	13

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	363

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	340
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	261
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	182
5	5-740	Klassische Sectio caesarea	90
6	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	88
7	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	75
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	73
9	5-749	Andere Sectio caesarea	68
10	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	66
11	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	61
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	53
13	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	48
14	5-661	Salpingektomie	42
15	5-569	Andere Operationen am Ureter	40
16	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	37
17	5-738	Episiotomie und Naht	37
18	5-469	Andere Operationen am Darm	29
19	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	28
20	5-653	Salpingoovariektomie	22
21	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	21
22	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	21
23	5-728	Vakuumentbindung	19
24	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	18
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	15
26	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	15
27	5-744	Operationen bei Extrauterin gravidität	13
28	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	11
29	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	10
30	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	9

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 – Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM08 – Notfallambulanz (24h)	

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Chefarzt Dr.med. Stuzmann

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	182
2	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	152
3	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	59
4	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	53
5	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	47
6	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	45
7	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	33
8	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	15
9	5-672.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri: Exzision	14
10	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	14
11	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	13
12	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	10
13	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	9
14	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	7
15	5-663.42	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	7
16	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	182
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	157
3	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	152

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	47
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	33
6	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	31
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	19
8	5-672	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	14
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	13
10	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	11
11	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	7
12	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7

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

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		11,73	Fälle je VK/Person 110,997452
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,87	Ohne 1,86
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 11,73
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		7,15	Fälle je VK/Person 182,0979
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,29	Ohne 1,86
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 7,15

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt		17,5	Fälle je VK/Person	74,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,5

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

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	4340
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 – Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 – Kinästhetik
2	ZP01 – Basale Stimulation
	ZP14 – Schmerzmanagement
3	z. B. Algesiologische Fachassistentz; Algesiologische Fachassistentz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

B-[2400].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.

B-[2900] Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)

B-[2900].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)

B-[2900].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2900 – Allgemeine Psychiatrie

B-[2900].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt im Zentrum für Seelische Gesundheit
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Wobrock
Telefon	06078 79 2901
Fax	06078 79 1836
E-Mail	c.schlueter@kreiskliniken-dadi.de
Strasse	Krankenhausstr.
Hausnummer	7
PLZ	64823
Ort	Groß-Umstadt
URL	http://www.psychiatrie-umstadt.de/

B-[2900].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-[2900].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP05 – Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
2	VP15 – Psychiatrische Tagesklinik
3	VP07 – Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
4	VP04 – Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen

#	Medizinische Leistungsangebote
5	VP10 – Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
6	VP02 – Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
7	VP09 – Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
8	VP06 – Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
9	VP01 – Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
10	VP03 – Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
11	VP08 – Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen

B-[2900].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	975
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2900].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	229
2	F20.0	Paranoide Schizophrenie	158
3	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	152
4	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	55
5	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	45
6	F05.1	Delir bei Demenz	42
7	F43.0	Akute Belastungsreaktion	29
8	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	23
9	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	14
10	F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom	13
11	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	12
12	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	12
13	F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	11
14	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	10
15	F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	9
16	F43.2	Anpassungsstörungen	9
17	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	8
19	F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	7
20	F05.0	Delir ohne Demenz	7
21	F06.3	Organische affektive Störungen	7
22	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	6
23	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	6
24	F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	5
25	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	5
26	F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	4
27	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	4
28	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	4
29	F15.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom	4
30	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	4

B-[2900].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	245
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	189
3	F20	Schizophrenie	165
4	F32	Depressive Episode	65
5	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	50
6	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	49
7	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	41
8	F31	Bipolare affektive Störung	37
9	F25	Schizoaffektive Störungen	21
10	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	19
11	F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	15
12	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	12
13	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	9
14	F41	Andere Angststörungen	8
15	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	7
16	F42	Zwangsstörung	4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	4
18	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	4
19	F45	Somatoforme Störungen	4
20	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	4

B-[2900].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2900].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-701.31	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen: Therapiezeiten am Patienten durch Pflegefachpersonen: Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag	1305
2	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	1075
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1003
4	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	895
5	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	803
6	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	506
7	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	494
8	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	392
9	9-701.30	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen: Therapiezeiten am Patienten durch Pflegefachpersonen: Bis 30 Minuten pro Tag	383
10	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	378
11	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	354
12	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	317
13	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	287

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	9-701.00	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen: Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte: Bis 30 Minuten pro Tag	236
15	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	213
16	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	161
17	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	135
18	9-701.21	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen: Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten: Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag	129
19	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	103
20	9-701.32	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen: Therapiezeiten am Patienten durch Pflegefachpersonen: Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag	96
21	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	89
22	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	83
23	8-630.3	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]: Therapiesitzung	82
24	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	60
25	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	59
26	9-647.m	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 21 Behandlungstage	52
27	9-701.01	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen: Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte: Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag	48
28	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	39
29	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	37
30	9-701.33	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen: Therapiezeiten am Patienten durch Pflegefachpersonen: Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag	37

B-[2900].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	5860
2	9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	2313
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1003
4	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	494
5	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	288
6	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	213
7	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	91
8	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	60
9	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	11
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	7
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	5

B-[2900].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2900].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Chefarzt Prof. Dr. med. Wobrock
2	AM02 – Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	

B-[2900].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2900].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2900].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

B-[2900].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2900].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2900].11 Personelle Ausstattung

B-[2900].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		14,83	Fälle je VK/Person 92,76879
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,83	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	4,32	Stationär 10,51
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		7,11	Fälle je VK/Person 349,462372
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,11	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	4,32	Stationär 2,79

B-[2900].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ51 – Psychiatrie und Psychotherapie
2	AQ53 – Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3	AQ63 – Allgemeinmedizin
4	AQ42 – Neurologie

B-[2900].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF42 – Spezielle Schmerztherapie
2	ZF45 – Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[2900].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		43,37	Fälle je VK/Person 22,48098
Beschäftigungsverhältnis	Mit	43,37	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 43,37

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

Gesamt		2,14	Fälle je VK/Person	455,607452
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,14
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		16,32	Fälle je VK/Person	59,74265
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,32
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		3,33	Fälle je VK/Person	292,7928
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,33
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		4,24	Fälle je VK/Person	229,952835
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,24

B-[2900].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ10 – Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ02 – Diplom MSc Beratung
4	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ20 – Praxisanleitung
6	PQ01 – Bachelor BSc Psychiatrische Pflege

B-[2900].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP24 – Deeskalationstraining z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie

B-[2900].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		1,67	Fälle je VK/Person	583,832336
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,67	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,67
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten				
Gesamt		0,91	Fälle je VK/Person	1071,42859
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten				
Gesamt		1,39	Fälle je VK/Person	701,438843
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,39
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten				
Gesamt		0,66	Fälle je VK/Person	1477,27271
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,66
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen				
Gesamt		4,84	Fälle je VK/Person	201,446274
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,84

B-[3600] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

B-[3600].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

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 – Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Michael Weber
Telefon	06078 79 2201
Fax	06078 79 1811
E-Mail	anaesthesie@kreiskliniken-dadi.de
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-[3600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 – Intensivmedizin
2	VC71 – Notfallmedizin
3	VI29 – Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
4	VI40 – Schmerztherapie
5	VU15 – Dialyse Hämofiltration bei Intensivstationspatienten
6	VI01 – Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
7	VI06 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
8	VI08 – Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	VI10 – Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	VI11 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
11	VI12 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
12	VI13 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
13	VI14 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
14	VI15 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
15	VI19 – Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VI31 – Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
17	VI33 – Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	VI35 – Endoskopie
19	VI38 – Palliativmedizin
20	VI42 – Transfusionsmedizin
21	VN01 – Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
22	VN05 – Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
23	VN08 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
24	VN18 – Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl	293
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	20
2	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	17
3	R40.0	Somnolenz	15

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
4	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	13
5	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	11
6	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	9
7	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	8
8	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	7
9	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	7
10	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	5
11	I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	5
12	T18.2	Fremdkörper im Magen	5
13	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	4
14	J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	27
2	I50	Herzinsuffizienz	25
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20
4	A41	Sonstige Sepsis	20
5	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	17
6	N17	Akutes Nierenversagen	12
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	8
8	K85	Akute Pankreatitis	7
9	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	7
10	T18	Fremdkörper im Verdauungstrakt	6
11	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	5
12	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	5
13	G40	Epilepsie	5
14	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
15	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	4
16	I63	Hirninfarkt	4
17	K70	Alkoholische Leberkrankheit	4
18	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	4
19	S72	Fraktur des Femurs	4

B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1085
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	388
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	277
4	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	241
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	185
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	143
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	138
8	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	96
9	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	94
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	93
11	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	88
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	81
13	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	80
14	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	80
15	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	69
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	68
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	63
18	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	52
19	3-202	Native Computertomographie des Thorax	48
20	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	44
21	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	41
22	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	40
23	8-128	Anwendung eines Stuhl drainagesystems	39
24	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	34

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-83b.0b	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung	34
26	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	31
27	8-98b.30	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	31
28	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	30
29	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	30
30	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	30

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1085
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	547
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	350
4	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	241
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	185
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	167
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	143
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	125
9	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	111
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	103
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	93
12	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	88
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	81
14	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	80
15	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	75
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	68
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	63
18	8-854	Hämodialyse	62
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	61
20	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	59
21	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	53
22	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	51
23	3-202	Native Computertomographie des Thorax	48

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	46
25	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	45
26	8-390	Lagerungsbehandlung	44
27	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	43
28	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	40
29	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	39
30	8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems	39

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Chefarzt Dr. Jalowy Vorbereitung auf Anästhesie und Operation; Schmerzbehandlung

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

B-[3600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[3600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		13,34	Fälle je VK/Person	21,96402
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,34
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		9,59	Fälle je VK/Person	30,55266
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,59

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 – Anästhesiologie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		54,62	Fälle je VK/Person	5,36434
Beschäftigungsverhältnis	Mit	50,68	Ohne	3,94
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	54,62
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	195,333328
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		2,6	Fälle je VK/Person	112,692307
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,6
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	366,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				

Gesamt		3,59	Fälle je VK/Person	81,6156
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,59

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 – Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ20 – Praxisanleitung
4	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 – Kinästhetik
2	ZP14 – Schmerzmanagement
	z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
3	ZP01 – Basale Stimulation
4	ZP16 – Wundmanagement
	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
5	ZP02 – Bobath
6	ZP24 – Deeskalationstraining
	z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie

B-[3600].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.

B-[2600] Belegklinik für HNO-Erkrankungen

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Belegklinik für HNO-Erkrankungen

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt HNO
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Pascal Repp
Telefon	06078 71183
E-Mail	p.repp@kreiskliniken-dadi.de
Strasse	Krankenhausstr.
Hausnummer	11
PLZ	64823
Ort	Groß-Umstadt
URL	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt HNO
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Klaus Lehmann
Telefon	06078 71183
E-Mail	k.lehmann@kreiskliniken-dadi.de
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-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und

Ärztinnen dieser

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Organisationseinheit/Fachabteilung an die

Empfehlung der DKG vom 17. September 2014

nach § 135c SGB V

B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH10 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
2	VH22 – Diagnostik und Therapie von Allergien
3	VH16 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
4	VH08 – Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
5	VH14 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
6	VH02 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
7	VH01 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
8	VH03 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
9	VH24 – Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
10	VH09 – Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
11	VH07 – Schwindeldiagnostik/-therapie

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 33

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J32.4	Chronische Pansinusitis	16
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	9
3	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	5

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Chronische Sinusitis	16
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	14

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	16
2	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	16
3	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	11
4	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	9
5	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	9
6	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	8
7	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	4

B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	20
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	17
3	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	16
4	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	16
5	5-200	Parazentese [Myringotomie]	4

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	

B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	16,5
--------	---	--------------------	------

B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF03 – Allergologie

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0
---	---

B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2600].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.

B-[3751] Klinik für Radiologie

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Nicht Bettenführende Abteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Radiologie

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[3751].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefärztin der Klinik für Radiologie
 Titel, Vorname, Name Dr. med Cornelia Thieme
 Telefon 06078 79 2801
 Fax 06078 79 1818
 E-Mail c.thieme@kreiskliniken-dadi.de
 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-[3751].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-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	VR10 - Computertomographie (CT), nativ

#	Medizinische Leistungsangebote
3	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
5	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
6	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
7	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
8	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
9	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
10	VR40 - Spezialsprechstunde
11	VR41 - Interventionelle Radiologie
12	VR42 - Kinderradiologie
13	VR43 - Neuroradiologie
14	VR44 - Teleradiologie
15	VR16 - Phlebographie
16	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
17	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
18	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

B-[3751].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3751].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt da keine bettenführende Abteilung

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3751].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3751].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Radiologie

B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3751].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3751].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[3751].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		3,27	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,27
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		1,83	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,83

B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		1,79	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,79
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		2,94	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,94

B-[3751].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3751].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3751].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.



Teil C

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	99
Dokumentationsrate	102,02
Anzahl Datensätze Standort	100

Kommentar Krankenhaus

Durch die unterschiedliche Zuordnung der Leistung zum Standort in der Sollstatistik im Vergleich zur Ist-Erfassung kann es bei Verlegungen zwischen den Standorten und bei konsiliarisch erbrachten Leistungen für den anderen Standort Differenzen je nach Standort geben die eine Über- oder Unterdokumentation je Standort in der Soll-Ist Darstellung zur Folge haben können.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	22
Dokumentationsrate	113,64
Anzahl Datensätze Standort	25

Kommentar Krankenhaus

Durch nachträgliche Abrechnungsartänderungen ausgelöst durch MD-Prüfungen von vollstationär auf ambulantes Operieren werden diese Fälle in der Soll-Statistik nicht mehr berücksichtigt. Die Bögen sind in der QS-Software meist bereits abgeschlossen und Änderungen der Abrechnungsart werden dann nicht mehr berücksichtigt und sind im QS-Programm nicht offensichtlich als zu stornieren erkennbar. Die Endvalidierung gelingt leider nicht immer vollständig.

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

Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	19

09/5 – Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

15/1 – Gynäkologische Operationen

Fallzahl	156
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	156

16/1 – Geburtshilfe

Fallzahl	389
Dokumentationsrate	99,49
Anzahl Datensätze Standort	387

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	69
Dokumentationsrate	98,55
Anzahl Datensätze Standort	68

18/1 – Mammachirurgie

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9

DEK – Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	162
Dokumentationsrate	101,85
Anzahl Datensätze Standort	165

Kommentar Krankenhaus

Die QS-Dokumentation erfolgt zeitnah nach der Entlassung. Bei Fallklammern mit abgeschlossenen QS-Bögen für den ersten Aufenthalt sind diese im QS-Programm nicht offensichtlich was zu einer Überdokumentation durch die QS-Bögen des zweiten Falles führen konnte. Die Prüfung und Validierung wurde jetzt für 2023 im QS-Controlling erweitert und erfolgt jetzt laufend.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	142
Dokumentationsrate	99,3
Anzahl Datensätze Standort	141

Kommentar Krankenhaus

Durch die unterschiedliche Zuordnung der Leistung zum Standort in der Sollstatistik im Vergleich zur Ist-Erfassung kann es bei Verlegungen zwischen den Standorten (z.B. Verlegung in die Geriatrie) und auch bei konsiliarisch erbrachten Leistungen für den anderen Standort Differenzen je nach

Standort geben die eine Über- oder Unterdokumentation je Standort in der Soll-Ist Darstellung zur Folge haben können.

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	129
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	129

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	13
Dokumentationsrate	92,31
Anzahl Datensätze Standort	12

Durch die unterschiedliche Zuordnung der Leistung zum Standort in der Sollstatistik im Vergleich zur Ist-Erfassung kann es bei Verlegungen zwischen den Standorten (z.B. Verlegung in die Geriatrie) und auch bei konsiliarisch erbrachten Leistungen für den anderen Standort Differenzen je nach Standort geben die eine Über- oder Unterdokumentation je Standort in der Soll-Ist Darstellung zur Folge haben können.

Kommentar Krankenhaus

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	1271
Dokumentationsrate	96,7
Anzahl Datensätze Standort	1229

Durch eine unterjährige Softwareumstellung im Herzkatheterlabor und damit verbundener Umstellung der QS-Dokumentation und

Kommentar Krankenhaus

Bogenbearbeitung kam es zu Schnittstellenverlusten und einer nicht behebbaren Unterdokumentation. Dies war ein Einmaleffekt in 2022.

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	235
Dokumentationsrate	101,28
Anzahl Datensätze Standort	237

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID 2005

Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 – 99,06
Rechnerisches Ergebnis	99,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,13 – 99,78
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	250
Beobachtete Ereignisse	248
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Ergebnis-ID 2006

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis 99,05

Vertrauensbereich bundesweit 99,02 - 99,09

Rechnerisches Ergebnis 99,12

Vertrauensbereich Krankenhaus 96,85 - 99,76

Fallzahl

Grundgesamtheit 227

Beobachtete Ereignisse	225
3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 – 98,41
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,69 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	23

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

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	98,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,10 - 99,70
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	181

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

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 – 98,98
Rechnerisches Ergebnis	98,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,86 – 99,68
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	170
6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 – 98,24
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 – 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11

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

Ergebnis-ID 2009

Leistungsbereich CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 – 93,21
Rechnerisches Ergebnis	99,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,34 – 99,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	151
Beobachtete Ereignisse	150

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 – 92,78
Rechnerisches Ergebnis	99,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,39 – 99,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	152

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

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 – 92,93
Rechnerisches Ergebnis	95,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,80 – 98,04
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	105
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 – 93,31
Rechnerisches Ergebnis	95,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,89 – 98,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	84

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

Ergebnis-ID 2028

Leistungsbereich CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

folgendem Link entnommen werden:

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 – 96,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,86 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	176
Beobachtete Ereignisse	176
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 – 95,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,17 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	132

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

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 – 98,75
Rechnerisches Ergebnis	98,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,95 – 99,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	176
Beobachtete Ereignisse	174

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 – 98,72
Rechnerisches Ergebnis	99,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,83 – 99,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	131

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

Ergebnis-ID 50778

Leistungsbereich CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 – 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 – 1,29
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	13,78
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 – 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 – 0,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	218
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	27,14

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

Ergebnis-ID 232010_50778

Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 – 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,30

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,12 - 0,71

Fallzahl

Grundgesamtheit 57

Beobachtete Ereignisse 4

Erwartete Ereignisse 13,36

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

Ergebnis-ID 231900

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

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

Einheit %

Bundesergebnis 16,84

Vertrauensbereich bundesweit 16,67 - 17,01

Rechnerisches Ergebnis 15,85

Vertrauensbereich Krankenhaus 11,27 - 21,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	29

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

Ergebnis-ID 232008_231900

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 231900

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis 18,28

Vertrauensbereich bundesweit 18,14 - 18,43

Rechnerisches Ergebnis 16,80

Vertrauensbereich Krankenhaus 12,68 - 21,93

Fallzahl

Grundgesamtheit 250

Beobachtete Ereignisse 42

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

Ergebnis-ID 50722

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 – 96,77
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,38 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	233
Beobachtete Ereignisse	233
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,86 - 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	176
Beobachtete Ereignisse	176

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

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK – Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-
Fachlicher Hinweis IQTIG	

bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 1,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	10836
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	32,28

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG
Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 0,30

Fallzahl

Grundgesamtheit	10836
Beobachtete Ereignisse	21

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 – 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 – 0,11
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	10836
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK – Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B.

Fachlicher Hinweis IQTIG

auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	10836
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,86 - 98,46
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	34
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 – 97,74
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,94 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	28
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54002

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit %

Bundesergebnis 91,85

Vertrauensbereich bundesweit 91,46 - 92,23

Rechnerisches Ergebnis 91,67
 Vertrauensbereich Krankenhaus 64,61 – 98,51

Fallzahl

Grundgesamtheit 12
 Beobachtete Ereignisse 11

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich $\geq 86,00\%$
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID 54003
 Leistungsbereich HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
 Art des Wertes QI
 Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 – 9,49
Rechnerisches Ergebnis	4,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,65 – 10,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 – 97,04
Rechnerisches Ergebnis	96,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,68 – 98,69
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	119
Beobachtete Ereignisse	115
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 – 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 – 1,06
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	12,95
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	

Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36

Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,28

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,28

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	<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</p> <p>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>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 – 1,11

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,66

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

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,44
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,65

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

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

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

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

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 2,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	14,96

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event

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

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

Ergebnis-ID 191914

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,23
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,00

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

Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK – Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	97,35
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 – 97,48
Rechnerisches Ergebnis	96,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,98 – 99,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	60

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK – Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 1,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	9,30

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 1,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,38

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52321
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Ag-gregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle

Fachlicher Hinweis IQTIG

entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,81
Vertrauensbereich bundesweit	98,72 – 98,90
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,94 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	28
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW – Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische

Fachlicher Hinweis IQTIG

Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	50005
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis

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

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Zeppenfeld et al. 2022). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35):

Fachlicher Hinweis IQTIG

3427–3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599–3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368. Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal 43(40): 3997–4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,72
Vertrauensbereich bundesweit	97,50 – 97,92
Rechnerisches Ergebnis	94,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,36 – 99,06
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	18
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
48. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird	
Ergebnis-ID	52131
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL – Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,53 – 92,16
Rechnerisches Ergebnis	61,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	42,53 – 77,57
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	16
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 60,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 131801

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

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,72
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,76
Rechnerisches Ergebnis	5,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,01 - 6,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	2,00

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu

beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	96,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,02 – 96,31
Rechnerisches Ergebnis	97,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,19 – 99,60

Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	43

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

51. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	131803
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL – Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	50,74
Vertrauensbereich bundesweit	50,03 – 51,46
Rechnerisches Ergebnis	57,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	36,28 – 76,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	11

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

Ergebnis-ID 51186

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

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

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

Bundesergebnis	1,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 73,57

Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,20
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 39,65

Fallzahl

Grundgesamtheit 15

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,09

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 5,03 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 52307

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

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,43
Vertrauensbereich bundesweit	98,34 – 98,53
Rechnerisches Ergebnis	99,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,94 – 99,84
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	107
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).

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

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW – Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,32
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 101803

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,39
Rechnerisches Ergebnis	98,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,50 - 99,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

57. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Ergebnis-ID	54140
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für

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

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 – 99,65
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,23 – 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID 52139

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL – Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den

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

Einheit	%
Bundesergebnis	88,55
Vertrauensbereich bundesweit	88,34 – 88,76
Rechnerisches Ergebnis	58,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	50,00 – 66,94
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	74
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL – Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

0,87

Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	5,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,88 - 6,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	6,10

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 52305

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 – 95,20
Rechnerisches Ergebnis	98,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,17 – 99,09
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	372
Beobachtete Ereignisse	365
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).

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

Ergebnis-ID 101801

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL – Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 – 0,98
Rechnerisches Ergebnis	4,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,13 – 11,07
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	5
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr H99
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum
 letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 101802

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis 50,73

Vertrauensbereich bundesweit 50,37 – 51,10

Rechnerisches Ergebnis 40,59

Vertrauensbereich Krankenhaus 31,53 – 50,35

Fallzahl

Grundgesamtheit 101

Beobachtete Ereignisse 41

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

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

folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	2,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,93 - 3,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	3,93

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,36

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,29

Rechnerisches Ergebnis 0
 Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 17,59

Fallzahl

Grundgesamtheit 18
 Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 3,10 %
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 52315
 Leistungsbereich HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
 Art des Wertes QI
 Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,59 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,99
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,24
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 7,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID 603
 KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden

Leistungsbereich	Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 – 99,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS – Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 – 99,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	–
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS – Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	5,07
Vertrauensbereich bundesweit	2,48 – 10,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	–

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
71. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

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

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

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

73. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

74. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS – Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Einheit</p>	%
<p>Bundesergebnis</p>	1,53
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	1,02 - 2,29
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	-
<p>75. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	51859
<p>Leistungsbereich</p>	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
<p>Art des Wertes</p>	TKez
<p>Bezug zum Verfahren</p>	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 – 3,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

76. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	KAROTIS – Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	99,34
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	4,61
Vertrauensbereich bundesweit	3,82 – 5,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

78. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 – 92,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 86,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	KEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,21
Vertrauensbereich bundesweit	98,11 – 98,30
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 – 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC – Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	95,04
Vertrauensbereich bundesweit	94,52 – 95,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	212001
Leistungsbereich	MC – Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	85,86
Vertrauensbereich bundesweit	85,40 – 86,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

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

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	99,39
Vertrauensbereich bundesweit	99,26 – 99,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC – Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 – 99,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC – Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

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

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 – 0,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	–

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

88. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC – Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,35
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 – 3,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	–
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC – Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

[arbeiten/grundlagen/standard-titel/](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,92
Vertrauensbereich bundesweit	1,80 - 2,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,69 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	60659
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	10,66
Vertrauensbereich bundesweit	10,41 – 10,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 – 29,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC – Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,42 – 99,54
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 – 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,82 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56000
Leistungsbereich	PCI – Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 – 64,45
Rechnerisches Ergebnis	74,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 – 78,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	375
Beobachtete Ereignisse	280

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56001
Leistungsbereich	PCI – Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich bundesweit	27,71 – 28,11
Rechnerisches Ergebnis	30,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	25,89 – 34,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	393
Beobachtete Ereignisse	119

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI – Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 – 76,83
Rechnerisches Ergebnis	80,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,53 – 90,32
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	33
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI – Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,01 - 1,46
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	739
Beobachtete Ereignisse	111
Erwartete Ereignisse	91,24
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 56006

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

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 2,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,80

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,36 - 1,85
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	572
Beobachtete Ereignisse	166
Erwartete Ereignisse	104,40
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
98. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,19
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	1331
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
99. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde	
Ergebnis-ID	56009
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Rechnerisches Ergebnis	7,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,48 - 9,20
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	739
Beobachtete Ereignisse	53
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
100. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde	
Ergebnis-ID	56010
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	17,16
Vertrauensbereich bundesweit	16,68 - 17,65
Rechnerisches Ergebnis	30
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,61 - 51,72

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56011
Leistungsbereich	PCI – Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Rechnerisches Ergebnis	16,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,41 - 19,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	572
Beobachtete Ereignisse	93

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 – 94,52
Rechnerisches Ergebnis	98,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,82 – 99,80
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	54
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
103. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Ergebnis-ID	Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen 56016
Leistungsbereich	PCI – Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich bundesweit	95,23 – 95,39
Rechnerisches Ergebnis	95,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,53 – 97,04
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	537
Beobachtete Ereignisse	513
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,80
Vertrauensbereich bundesweit	96,35 – 97,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	–

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:
<https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,01
Vertrauensbereich bundesweit	98,97 – 99,05
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,53 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	107
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
106. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

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

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,81 - 1,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	384
Beobachtete Ereignisse	105
Erwartete Ereignisse	109,46

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,26 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,94

Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	14,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,54 - 22,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	13

108. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182001_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	45,90
Vertrauensbereich bundesweit	45,59 - 46,21
Rechnerisches Ergebnis	45,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	32,66 - 58,55

Fallzahl

Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	24

109. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt

durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182003_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Einheit	%
Bundesergebnis	21,45
Vertrauensbereich bundesweit	21,13 - 21,78
Rechnerisches Ergebnis	17,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,60 - 34,55

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	71,72
Vertrauensbereich bundesweit	71,44 – 71,99
Rechnerisches Ergebnis	68,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,80 – 78,49
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	46

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

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,01
Vertrauensbereich bundesweit	92,64 – 93,36
Rechnerisches Ergebnis	88,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,50 – 98,01

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	8

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

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

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

Bundesergebnis	86,60
Vertrauensbereich bundesweit	85,95 – 87,21
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 – 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

113. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,06 – 76,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	–

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

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Einheit

%

Bundesergebnis

0,23

Vertrauensbereich bundesweit

0,22 - 0,24

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 1,03

Fallzahl

Grundgesamtheit

370

Beobachtete Ereignisse

0

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

Ergebnis-ID

51397

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

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

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

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators

Fachlicher Hinweis IQTIG

„Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,89

Fallzahl

Grundgesamtheit	370
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,78

116. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 88,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,40 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

117. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis

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

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis	96,85
Vertrauensbereich bundesweit	96,61 – 97,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	370
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,71

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

Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,08
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	369
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,93

120. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis

1,06

Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,07
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	370
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,75

121. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,36
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10

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

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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von 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

Fachlicher Hinweis IQTIG
 Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	2,95
Vertrauensbereich bundesweit	2,83 – 3,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	–

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

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH – Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	9,20
Vertrauensbereich bundesweit	9,08 – 9,32

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.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	Schlaganfall: Akutbehandlung ([Baden-Württemberg, Hessen])	Ja
2	MRE ([Baden-Württemberg, Hessen])	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

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2022 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Trifft nicht zu

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	73
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	52
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	45

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatrie - Station 1 Geriatrie - Tagschicht	100 %
2	Geriatrie - Station 1 Geriatrie - Nachtschicht	100 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 10 Gynäkologie - Tagschicht	100 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 10 Gynäkologie - Nachtschicht	100 %
5	Unfallchirurgie - Station 2 Unfallchirurgie - Tagschicht	100 %
6	Unfallchirurgie - Station 2 Unfallchirurgie - Nachtschicht	100 %
7	Kardiologie - Station 4 Kardiologie - Tagschicht	100 %
8	Kardiologie - Station 4 Kardiologie - Nachtschicht	0 % Corona bedingter Mitarbeiterausfall; Ausnahmetatbestand Coronapandemie; Coronabedingter Mitarbeiterausfall

#	Bereich – Station – Schicht	Erfüllungsgrad
9	Intensivmedizin – Station 5 Intensivstation – Tagschicht	100 %
10	Intensivmedizin – Station 5 Intensivstation – Nachtschicht	100 %
11	Kardiologie – Station 6 Kardiologie – Tagschicht	100 %
12	Kardiologie – Station 6 Kardiologie – Nachtschicht	100 %
13	Innere Medizin – Station 7 Innere Medizin – Tagschicht	100 % Station vorübergehend geschlossen
14	Innere Medizin – Station 7 Innere Medizin – Nachtschicht	100 % Station vorübergehend geschlossen
15	Innere Medizin – Station 8 Innere Medizin – Tagschicht	100 %
16	Innere Medizin – Station 8 Innere Medizin – Nachtschicht	66,67 % Coronabedingter Mitarbeiterausfall; Corona bedingter Mitarbeiterausfall
17	Allgemeine Chirurgie – Station 9 Allgemeine Chirurgie – Tagschicht	100 %
18	Allgemeine Chirurgie – Station 9 Allgemeine Chirurgie – Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich – Station – Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatric – Station 1 Geriatric – Tagschicht	97,81 %
2	Geriatric – Station 1 Geriatric – Nachtschicht	90,14 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe – Station 10 Gynäkologie – Tagschicht	94,25 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe – Station 10 Gynäkologie – Nachtschicht	100 %
5	Unfallchirurgie – Station 2 Unfallchirurgie – Tagschicht	83,84 %
6	Unfallchirurgie – Station 2 Unfallchirurgie – Nachtschicht	86,85 %
7	Kardiologie – Station 4 Kardiologie – Tagschicht	69,32 %
8	Kardiologie – Station 4 Kardiologie – Nachtschicht	15,34 % Corona bedingter Mitarbeiterausfall; Ausnahmetatbestand Coronapandemie; Coronabedingter Mitarbeiterausfall
9	Intensivmedizin – Station 5 Intensivstation – Tagschicht	79,18 %

#	Bereich – Station – Schicht	Erfüllungsgrad
10	Intensivmedizin – Station 5 Intensivstation – Nachtschicht	87,4 %
11	Kardiologie – Station 6 Kardiologie – Tagschicht	85,48 %
12	Kardiologie – Station 6 Kardiologie – Nachtschicht	97,81 %
13	Innere Medizin – Station 7 Innere Medizin – Tagschicht	95,21 % Station vorübergehend geschlossen
14	Innere Medizin – Station 7 Innere Medizin – Nachtschicht	94,31 % Station vorübergehend geschlossen
15	Innere Medizin – Station 8 Innere Medizin – Tagschicht	81,37 %
16	Innere Medizin – Station 8 Innere Medizin – Nachtschicht	61,37 % Coronabedingter Mitarbeiterausfall; Corona bedingter Mitarbeiterausfall
17	Allgemeine Chirurgie – Station 9 Allgemeine Chirurgie – Tagschicht	92,6 %
18	Allgemeine Chirurgie – Station 9 Allgemeine Chirurgie – Nachtschicht	80 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein