

Klinikum St. Marien Amberg

Strukturierter Qualitätsbericht über das
Berichtsjahr 2022 gem. § 137 Abs. 3 Satz
1 Nr. 4 SGB V



KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG

Medizin. Menschlichkeit. Miteinander.



INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	24
	Einleitung	25
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	26
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	26
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	27
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	27
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	28
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	30
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	31
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	32
A-9	Anzahl der Betten	33
A-10	Gesamtfallzahlen	33
A-11	Personal des Krankenhauses	33
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung	52
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	54
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	55
B-[0300]	Medizinische Klinik I - Kardiologie, Nephrologie und internistische Intensivmedizin	55
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	55
B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	55
B-[0300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	56
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	56
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	57
B-[0300].6.2	Kompetenzdiagnosen	58



B-[0300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	58
B-[0300].7.2	Kompetenzprozeduren	59
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	60
B-[0300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	60
B-[0300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	61
B-[0300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	61
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	61
B-[0300].11	Personelle Ausstattung	62
B-[0300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	62
B-[0300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	62
B-[0300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	62
B-[0300].11.2	Pflegepersonal	63
B-[0300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	63
B-[0300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	64
B-[0300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	64
B-[0700]	Medizinische Klinik II - Gastroenterologie, Onkologie, Endokrinologie, Infektiologie	65
B-[0700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[0700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	65
B-[0700].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	65
B-[0700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	66
B-[0700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66
B-[0700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[0700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	67
B-[0700].6.2	Kompetenzdiagnosen	68
B-[0700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	68
B-[0700].7.2	Kompetenzprozeduren	69



B-[0700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[0700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	70
B-[0700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	70
B-[0700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B-[0700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-[0700].11	Personelle Ausstattung	71
B-[0700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	71
B-[0700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	71
B-[0700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	72
B-[0700].11.2	Pflegepersonal	72
B-[0700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	73
B-[0700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	73
B-[0700].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	73
B-[0200]	Medizinische Klinik III - Geriatrie und Frührehabilitation, Alterstraumatologie	74
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	74
B-[0200].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	74
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	75
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[0200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	77
B-[0200].6.2	Kompetenzdiagnosen	78
B-[0200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	78
B-[0200].7.2	Kompetenzprozeduren	79
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	80
B-[0200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	80
B-[0200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	80



B-[0200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	80
B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	80
B-[0200].11	Personelle Ausstattung	80
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	80
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	81
B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	81
B-[0200].11.2	Pflegepersonal	81
B-[0200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	82
B-[0200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	82
B-[0200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	82
B-[0800]	Medizinische Klinik IV - Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin	83
B-[0800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	83
B-[0800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	83
B-[0800].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	83
B-[0800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	84
B-[0800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	84
B-[0800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	84
B-[0800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	85
B-[0800].6.2	Kompetenzdiagnosen	86
B-[0800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	86
B-[0800].7.2	Kompetenzprozeduren	87
B-[0800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	87
B-[0800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	88
B-[0800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	88
B-[0800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	88
B-[0800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	88



B-[0800].11 Personelle Ausstattung	88
B-[0800].11.1 Ärzte und Ärztinnen	88
B-[0800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	89
B-[0800].11.1.2 Zusatzweiterbildung	89
B-[0800].11.2 Pflegepersonal	89
B-[0800].11.2.1 Pflegefachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	90
B-[0800].11.2.2 Pflegefachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	90
B-[0800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	90
B-[3752] Palliativmedizin	91
B-[3752].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[3752].1.1 Fachabteilungsschlüssel	91
B-[3752].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	91
B-[3752].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	92
B-[3752].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	92
B-[3752].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	92
B-[3752].6 Hauptdiagnosen nach ICD	92
B-[3752].6.2 Kompetenzdiagnosen	94
B-[3752].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	94
B-[3752].7.2 Kompetenzprozeduren	94
B-[3752].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	94
B-[3752].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	94
B-[3752].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	94
B-[3752].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	94
B-[3752].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B-[3752].11 Personelle Ausstattung	95
B-[3752].11.1 Ärzte und Ärztinnen	95



B- [3752].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	95
B- [3752].11.1.2	Zusatzweiterbildung	95
B-[3752].11.2	Pflegepersonal	95
B- [3752].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	96
B- [3752].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	96
B-[3752].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	96
B-[3700]	Dialyse	97
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	97
B-[3700].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	97
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	98
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	98
B-[3700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	98
B-[3700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	98
B-[3700].6.2	Kompetenzdiagnosen	98
B-[3700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	98
B-[3700].7.2	Kompetenzprozeduren	99
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	99
B-[3700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	99
B-[3700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	99
B-[3700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	99
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	99
B-[3700].11	Personelle Ausstattung	99
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	99
B- [3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	100
B- [3700].11.1.1	Zusatzweiterbildung	100



[3700].11.1.2	
B-[3700].11.2 Pflegepersonal	100
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /	100
[3700].11.2.1 akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	101
[3700].11.2.2	
B-[3700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für	101
Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2800] Klinik für Neurologie	102
B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	102
B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel	102
B-[2800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	102
B-[2800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	103
B-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	103
B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	104
B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD	104
B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen	105
B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	105
B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren	107
B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	107
B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	107
B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	108
B-[2800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	109
B-[2800].11 Personelle Ausstattung	109
B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen	109
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	109
[2800].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	109
[2800].11.1.2	
B-[2800].11.2 Pflegepersonal	110
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /	111



[2800].11.2.1 akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 111

[2800].11.2.2

B-[2800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für
Psychiatrie und Psychosomatik 111

B-[1700] Klinik für Neurochirurgie 112

B-[1700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 112

B-[1700].1.1 Fachabteilungsschlüssel 112

B-[1700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 112

B-[1700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 113

B-[1700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 113

B-[1700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 113

B-[1700].6 Hauptdiagnosen nach ICD 114

B-[1700].6.2 Kompetenzdiagnosen 115

B-[1700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 115

B-[1700].7.2 Kompetenzprozeduren 116

B-[1700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 116

B-[1700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 117

B-[1700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 117

B-[1700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 117

B-[1700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 118

B-[1700].11 Personelle Ausstattung 118

B-[1700].11.1 Ärzte und Ärztinnen 118

B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 118

[1700].11.1.1

B- Zusatzweiterbildung 118

[1700].11.1.2

B-[1700].11.2 Pflegepersonal 119

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / 119

[1700].11.2.1 akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 120

[1700].11.2.2



B-[1700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	120
B-[1500] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie	121
B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel	121
B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	121
B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	122
B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	122
B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	123
B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD	123
B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen	125
B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	125
B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren	126
B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	126
B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	127
B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	127
B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	127
B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	128
B-[1500].11 Personelle Ausstattung	128
B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen	128
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	128
[1500].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	129
[1500].11.1.2	
B-[1500].11.2 Pflegepersonal	129
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /	130
[1500].11.2.1 akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	130
[1500].11.2.2	
B-[1500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	130
B-[1600] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Alterstraumatologie	131



B-[1600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	131
B-[1600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	131
B-[1600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	131
B-[1600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	132
B-[1600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	132
B-[1600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	133
B-[1600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	134
B-[1600].6.2	Kompetenzdiagnosen	135
B-[1600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	135
B-[1600].7.2	Kompetenzprozeduren	136
B-[1600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	136
B-[1600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	137
B-[1600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	139
B-[1600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	139
B-[1600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	140
B-[1600].11	Personelle Ausstattung	140
B-[1600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	141
B-[1600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	141
B-[1600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	141
B-[1600].11.2	Pflegepersonal	141
B-[1600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	142
B-[1600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	143
B-[1600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	143
B-[1800]	Klinik für Gefäßchirurgie	144
B-[1800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	144
B-[1800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	144
B-[1800].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	144



B-[1800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	145
B-[1800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	145
B-[1800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	146
B-[1800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	146
B-[1800].6.2	Kompetenzdiagnosen	147
B-[1800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	147
B-[1800].7.2	Kompetenzprozeduren	148
B-[1800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	148
B-[1800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	149
B-[1800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	149
B-[1800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	149
B-[1800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	149
B-[1800].11	Personelle Ausstattung	149
B-[1800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	149
B-[1800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	150
B-[1800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	150
B-[1800].11.2	Pflegepersonal	150
B-[1800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	151
B-[1800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	151
B-[1800].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	151
B-[3600]	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	152
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	152
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	152
B-[3600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	152
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	153
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	153



B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	153
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	154
B-[3600].6.2	Kompetenzdiagnosen	154
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	154
B-[3600].7.2	Kompetenzprozeduren	155
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	155
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	155
B-[3600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	156
B-[3600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	156
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	156
B-[3600].11	Personelle Ausstattung	156
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	156
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	156
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	157
B-[3600].11.2	Pflegepersonal	157
B-[3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	158
B-[3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	158
B-[3600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	158
B-[2400]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	159
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	159
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	159
B-[2400].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	159
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	160
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	160
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	162
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	162
B-[2400].6.2	Kompetenzdiagnosen	163



B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	163
B-[2400].7.2	Kompetenzprozeduren	164
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	165
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	165
B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	166
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	166
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	167
B-[2400].11	Personelle Ausstattung	167
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	168
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	168
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	168
B-[2400].11.2	Pflegepersonal	168
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	169
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	169
B-[2400].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	170
B-[1000]	Klinik für Kinder und Jugendliche	171
B-[1000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	171
B-[1000].1.1	Fachabteilungsschlüssel	171
B-[1000].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	171
B-[1000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	172
B-[1000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	172
B-[1000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	173
B-[1000].6	Hauptdiagnosen nach ICD	173
B-[1000].6.2	Kompetenzdiagnosen	175
B-[1000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	175
B-[1000].7.2	Kompetenzprozeduren	176



B-[1000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	176
B-[1000].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	177
B-[1000].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	177
B-[1000].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	177
B-[1000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	177
B-[1000].11	Personelle Ausstattung	177
B-[1000].11.1	Ärzte und Ärztinnen	178
B-[1000].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	178
B-[1000].11.1.2	Zusatzweiterbildung	178
B-[1000].11.2	Pflegepersonal	179
B-[1000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	179
B-[1000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	179
B-[1000].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	180
B-[2200]	Klinik für Urologie	181
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	181
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	181
B-[2200].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	181
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	182
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	182
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	183
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	183
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	184
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	184
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	185
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	186
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	186
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	186



B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	186
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	187
B-[2200].11	Personelle Ausstattung	187
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	187
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	188
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	188
B-[2200].11.2	Pflegepersonal	188
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	189
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	189
B-[2200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	189
B-[2700]	Belegabteilung für Augenheilkunde	190
B-[2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	190
B-[2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	191
B-[2700].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	191
B-[2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	191
B-[2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	192
B-[2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	192
B-[2700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	192
B-[2700].6.2	Kompetenzdiagnosen	193
B-[2700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	193
B-[2700].7.2	Kompetenzprozeduren	193
B-[2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	193
B-[2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	194
B-[2700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	195
B-[2700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	195
B-[2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	195



B-[2700].11 Personelle Ausstattung	195
B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen	196
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	196
[2700].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	196
[2700].11.1.2	
B-[2700].11.2 Pflegepersonal	196
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /	197
[2700].11.2.1 akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	197
[2700].11.2.2	
B-[2700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für	197
Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3500] Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	198
B-[3500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	198
B-[3500].1.1 Fachabteilungsschlüssel	198
B-[3500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	199
B-[3500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	199
B-[3500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	200
B-[3500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	200
B-[3500].6 Hauptdiagnosen nach ICD	200
B-[3500].6.2 Kompetenzdiagnosen	201
B-[3500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	201
B-[3500].7.2 Kompetenzprozeduren	201
B-[3500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	201
B-[3500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	202
B-[3500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	203
B-[3500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	203
B-[3500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	203
B-[3500].11 Personelle Ausstattung	203
B-[3500].11.1 Ärzte und Ärztinnen	203
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	203



[3500].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	204
[3500].11.1.2		
B-[3500].11.2	Pflegepersonal	204
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /	204
[3500].11.2.1	akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	205
[3500].11.2.2		
B-[3500].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	205
B-[2600]	Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	206
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	207
B-[2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	207
B-[2600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	207
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	208
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	208
B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	209
B-[2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	209
B-[2600].6.2	Kompetenzdiagnosen	210
B-[2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	210
B-[2600].7.2	Kompetenzprozeduren	210
B-[2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	211
B-[2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	211
B-[2600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	212
B-[2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	212
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	212
B-[2600].11	Personelle Ausstattung	213
B-[2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	213
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	213
[2600].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	213
[2600].11.1.2		



B-[2600].11.2	Pflegepersonal	213
B-[2600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	214
B-[2600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	214
B-[2600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	214
B-[2300]	Belegabteilung für Orthopädie	215
B-[2300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	216
B-[2300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	216
B-[2300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	216
B-[2300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	218
B-[2300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	218
B-[2300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	219
B-[2300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	219
B-[2300].6.2	Kompetenzdiagnosen	220
B-[2300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	220
B-[2300].7.2	Kompetenzprozeduren	221
B-[2300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	221
B-[2300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	222
B-[2300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	222
B-[2300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	222
B-[2300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	223
B-[2300].11	Personelle Ausstattung	224
B-[2300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	224
B-[2300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	224
B-[2300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	224
B-[2300].11.2	Pflegepersonal	224
B-[2300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	225



B- [2300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	225
B-[2300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	225
B-[3753]	Tagesklinik für Schmerztherapie	226
B-[3753].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	226
B-[3753].1.1	Fachabteilungsschlüssel	226
B-[3753].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	226
B-[3753].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	227
B-[3753].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	227
B-[3753].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	227
B-[3753].6	Hauptdiagnosen nach ICD	227
B-[3753].6.2	Kompetenzdiagnosen	227
B-[3753].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	228
B-[3753].7.2	Kompetenzprozeduren	228
B-[3753].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	229
B-[3753].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	229
B-[3753].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	229
B-[3753].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	229
B-[3753].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	229
B-[3753].11	Personelle Ausstattung	229
B-[3753].11.1	Ärzte und Ärztinnen	229
B- [3753].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	230
B- [3753].11.1.2	Zusatzweiterbildung	230
B-[3753].11.2	Pflegepersonal	230
B- [3753].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	230
B- [3753].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	231
B-[3753].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für	231



	Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3751]	Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie	232
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	232
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel	232
B-[3751].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	232
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	233
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	233
B-[3751].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	234
B-[3751].6	Hauptdiagnosen nach ICD	234
B-[3751].6.2	Kompetenzdiagnosen	234
B-[3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	234
B-[3751].7.2	Kompetenzprozeduren	236
B-[3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	236
B-[3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	236
B-[3751].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	238
B-[3751].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	239
B-[3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	239
B-[3751].11	Personelle Ausstattung	239
B-[3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	239
B-[3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	240
B-[3751].11.1.2	Zusatzweiterbildung	240
B-[3751].11.2	Pflegepersonal	240
B-[3751].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	240
B-[3751].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	240
B-[3751].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	240
B-[3300]	Klinik für Strahlentherapie	241
B-[3300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	241



B-[3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	241
B-[3300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	241
B-[3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	242
B-[3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	242
B-[3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	243
B-[3300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	243
B-[3300].6.2	Kompetenzdiagnosen	243
B-[3300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	243
B-[3300].7.2	Kompetenzprozeduren	244
B-[3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	244
B-[3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	244
B-[3300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	245
B-[3300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	245
B-[3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	246
B-[3300].11	Personelle Ausstattung	246
B-[3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	246
B-[3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	246
B-[3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	246
B-[3300].11.2	Pflegepersonal	246
B-[3300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	247
B-[3300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	247
B-[3300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	247
C	Qualitätssicherung	248
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	248
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	439
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)	440



nach § 137f SGB V

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	440
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	455
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	456
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	457
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr		457
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	464
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	465



Vorwort

Mit dem diesjährigen strukturierten Qualitätsbericht unseres Klinikums legen wir Ihnen einen Bericht vor, der Sie über die gesetzlich geforderten Bekanntgaben hinaus ausführlich über das Klinikum St. Marien Amberg informieren soll. Wie auch in unserem letzten Bericht erwarten Sie wieder umfangreiche Erläuterungen, die Ihnen Einblick in die Arbeit unserer Kliniken, Abteilungen und medizinischen Zentren geben werden. Darüber hinaus berichten wir über die apparative Ausstattung, den Leistungsumfang unserer Schwerpunktversorgung und unsere ergänzenden Angebote.

Mit dem Qualitätsbericht möchten wir versicherten Patienten und ihren Angehörigen vor einer Krankenhausbehandlung als Entscheidungshilfe Informationen über unser Haus bieten. Der Qualitätsbericht dient außerdem als Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten für Vertragsärzte. Er bildet das Leistungsspektrum für die Krankenkassen ab und schafft die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität transparent nach außen darzustellen.

Wir gewähren Ihnen damit gerne Einblicke in das Versorgungsniveau unserer medizinischen Leistungen und stellen uns einem externen Benchmarking, d. h. einem Vergleich mit anderen Häusern. Zahlreiche Zertifizierungen und Auszeichnungen belegen dabei das Engagement unseres Klinikums, eine hervorragende medizinische Ergebnisqualität zu erbringen. Dies zeigt sich in besonderem Maße in unseren Zentren zur Versorgung von Herzinsuffizienz und Herzinfarkten, Schlaganfällen, Dysplasien, schwerwiegenden Verletzungen hochaltriger Patienten, Schädel-Hirnverletzten, Frühgeborenen, onkologischen Patienten, Gefäßpatienten, an Endometriose erkrankte Patientinnen, Patienten, die eine Endoprothese, also ein neues künstliches Gelenk benötigen oder zur Versorgung von Patienten mit der Minimal Invasiven Operationsmethode, einer weniger belastenden Operationsform. In den zertifizierten Zentren unterziehen wir uns freiwillig einer externen Überprüfung der medizinischen Ergebnisqualität zum Wohle einer umfassenden Patientenversorgung. Dabei steht für uns im Vordergrund, dass der Spezialist zum Patienten kommt und nicht umgekehrt. Viele Therapieentscheidungen erfolgen gemeinsam in einem fachübergreifendem Team, beispielweise in den Tumorkonferenzen. Davon profitieren unsere Patienten nachweislich.

Das Klinikum ist seit 2003 nach KTQ zertifiziert und wurde 2021 zum sechsten Mal erfolgreich rezertifiziert. Dies ist die offizielle Bestätigung eines erfolgreichen und umfassenden Qualitätsmanagementsystems, das die kontinuierliche Verbesserung aller Prozesse dauerhaft sicherstellt. Im Qualitätsbericht sind neben allgemeinen und fachspezifischen Struktur- und Leistungsdaten des Hauses insbesondere die vom Krankenhaus durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Qualitätspolitik dokumentiert.

Wir verbinden eine flächendeckende, akutstationäre Versorgung unter dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit mit einer patientenorientierten, qualitativ hochwertigen Medizin zum Wohle des Patienten.

Dabei fühlen wir uns durch den Rückhalt der Bevölkerung zu unserer Klinik und die gute Akzeptanz bei den Patienten auch aus den benachbarten Regionen in unserem Bemühen um eine hervorragende Gesamtqualität bestätigt. Aus diesem Grund setzen wir auf die Stärkung und Weiterentwicklung der bestehenden Leistungsangebote und auf gesundes Wachstum zur Stärkung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Ziel ist die Aufrechterhaltung einer hochwertigen, flächendeckenden Schwerpunktversorgung in unserer Region.

Wir sind der Überzeugung, dass nur ein partnerschaftliches Vertrauensverhältnis zu unseren Patienten, den einweisenden Ärzten, den Kostenträgern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Basis für einen erfolgreichen Beitrag zur regionalen Gesundheitsversorgung leisten kann. Nur durch gegenseitigen offenen Austausch, durch notwendige Bedarfsanpassungen und mit innovativen Konzepten können gemeinsam tragfähige und finanzierbare Lösungen für die Zukunft entstehen.

Es ist eine verantwortungsvolle und zugleich schöne Aufgabe, kranken Menschen neben einer bestmöglichen medizinischen und pflegerischen Versorgung auch die nötige menschliche und individuelle Zuwendung geben zu können. Ein Lächeln sagt dabei oft mehr als 1000 Worte! Das ist unser Ziel, an dem sich alle Mitarbeiterinnen und



Mitarbeiter des Klinikums Tag für Tag gerne messen lassen, getreu unserer Devise:

Medizin.

Menschlichkeit.

Miteinander.

Unser Anspruch in der Patientenversorgung ist hoch. Er erfordert ständiges Lernen und die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich in der täglichen Arbeit weiterzuentwickeln. Hinzu kommt eine lernende Organisation, in der kreative Lösungen immer wieder zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Genau dies ist der Grundgedanke unseres gelebten Qualitätsmanagements.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Vorstand, Herrn Manfred Wendl, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

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 Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Vorstand
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Verwaltungswirt (FH) Manfred Wendl
Telefon	09621 38 1200
Fax	09621 38 1555
E-Mail	wendl.manfred@klinikum-amberg.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Controlling
Titel, Vorname, Name	Petra Illing
Telefon	09621 38 1563
Fax	09621 38 901563
E-Mail	illing.petra@klinikum-amberg.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses

<http://www.klinikum-amberg.de>



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts



A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinikum St. Marien Amberg
PLZ	92224
Ort	Amberg
Straße	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
IK-Nummer	260930016
Standort-Nummer	772510000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	09621
Telefon	380
E-Mail	info@klinikum-amberg.de
Krankenhaus-URL	http://www.klinikum-amberg.de

undefined



A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Kerstin Wittmann
Telefon	09621 38 1922
Fax	09621 38 901922
E-Mail	wittmann.kerstin@klinikum-amberg.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Harald Hollnberger
Telefon	09621 38 1910
Fax	09621 38 901910
E-Mail	hollnberger.harald@klinikum-amberg.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Vorstand
Titel, Vorname, Name	Manfred Wendl
Telefon	09621 38 1200
Fax	09621 38 901200
E-Mail	wendl.manfred@klinikum-amberg.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Stadt Amberg
Träger-Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

LKH der Universität Regensburg



LKH der Universität Erlangen-Nürnberg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
2	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>z.B. auch Onkologische Trainingstherapie, Yoga</i>
3	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
4	MP54 - Asthmaschulung
5	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
6	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>extern; pädiatrische Nachsorge; entwicklungsfördernde Pflege</i>
7	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>extern</i>
8	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Ohne Rückenschule</i>
9	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
10	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Selbsthilfegruppe Krebskranker Kinder Amberg-Sulzbach e.V., Selbsthilfegruppe Krebs Amberg, Krebs SHG "von Frau zu Frau", ILCO Selbsthilfe Gruppe für Patienten mit künstlichem Darmausgang Gruppe Amberg; PROCAS, Prostata-Carcinom-Selbsthilfegruppe Regensburg e.V.; Selbsthilfegruppe Aphasie;</i>
11	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
12	MP51 - Wundmanagement
13	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
14	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Ohne Primary Nursing/Bezugspflege</i>
15	MP53 - Aromapflege/-therapie
16	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
17	MP63 - Sozialdienst
18	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>z.B. Besuchskinderbetreuung</i>
19	MP37 - Schmerztherapie/-management <i>Schmerzdienst stationär (postoperativ), chronisch/akut</i>



#	Med.pfleg. Leistungsangebot
20	MP45 - Stomatherapie/-beratung
21	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Pflegeexperten für Brusterkrankungen, CCOT</i>
22	MP43 - Stillberatung
23	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
24	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>z.B. Insulinpumpenschulung</i>
25	MP26 - Medizinische Fußpflege
26	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Ohne Osteopathie und Chiropraktik</i>
27	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
28	MP25 - Massage
29	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Rehabilitationsberatung ja; Berufsberatung nein</i>
30	MP18 - Fußreflexzonenmassage <i>Und Fußreflexzonentherapie</i>
31	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
32	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
33	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Als Einzeltherapie</i>
34	MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot
35	MP36 - Säuglingspflegekurse
36	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie <i>Ohne Theatertherapie</i>
37	MP27 - Musiktherapie
38	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
39	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
40	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Ohne Rückbildungsgymnastik</i>
41	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
42	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
43	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen



#	Med.pfleg. Leistungsangebot
44	MP57 - Biofeedback-Therapie
45	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
46	MP06 - Basale Stimulation
47	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, SAPV, SAPPV, PMD, Palliativ Care, Paincaremanager</i>
48	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Nur für Erwachsene</i>
49	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
50	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
51	MP01 - Akupressur <i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i>
52	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung <i>keine Arbeitserprobung</i>
53	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
54	MP21 - Kinästhetik <i>Kinaesthetics Peer Tutoren und Trainer</i>
55	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
56	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
57	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Herzinsuffizienzsportgruppe</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Komfortzimmer auf einzelnen Stationen</i>
3	NM05: Mutter-Kind-Zimmer
4	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>katholische/evangelische Gottesdienste/Gespräche</i>
5	NM50: Kinderbetreuung <i>über Förderverein Flika</i>



#	Leistungsangebot
6	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: vegetarische, vegane, gluten-laktosefreie Küche</i>
7	NM07: Rooming-in
8	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
9	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
10	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Ratgeber Gesundheit, Gesundheitsforum, Beteiligung am Gesundheitstag</i>
11	NM68: Abschiedsraum
12	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>z.B. Flyer Patienten-Entertainment-System; Nearfield-WLAN im Patientenzimmer in Verbindung mit Patienten-Entertainment-System; Kein Schwimmbad</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Vorstandsassistentin
Titel, Vorname, Name	Margit Meier
Telefon	09621 38 1202
Fax	09621 3890 1202
E-Mail	meier.margit@klinikum-amberg.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
2	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
3	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
5	BF25 - Dolmetscherdienst <i>Dolmetscherliste (Personal des Klinikums)</i>
6	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe



#	Aspekte der Barrierefreiheit
7	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
8	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>erfolgt generell durch die Pflege</i>
9	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>auch Bettverlängerungen sind vorhanden</i>
10	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Famulaturen für in Deutschland oder im benachb. Ausland (Österreich, Tschechien, Ungarn) immatrikulierte Medizinstudenten; PJ für alle in Deutschland immatrikulierten Medizinstudenten im Rahmen der PJ-Mobilität über Uni Regensburg und Uni Erlangen; Einzelfallprüfung für Studenten aus dem Ausland;</i>
2	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>Zahlreiche Phase II Studien zu Tumorerkrankungen; Keine Phase-I-Studien; Studienregister: https://studien.ccc-emn.de/, https://www.ccco.de/translazionale-krebsforschung/klinische-studien/</i>
3	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg; Universität Regensburg</i>
4	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>Diverse Funktionen in Fachgesellschaften; Betr. v. Bachelor-/Masterarbeiten zus. mit OTH/ Medizintechnik Prof. Dr. Bulitta; Koop. mit OTH als innovativer Lernort; Vergabe von Hospitationen und Bachelor-/ Masterarbeiten für den Lehrstuhl Gesundheitsökonomie Universität Bayreuth</i>
5	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>eigene Studienzentrale</i>
6	FL09 - Doktorandenbetreuung <i>Doktorandenbetreuung in Zusammenarbeit mit Lehruniversitäten</i>
7	FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Beteiligung an diversen nationalen und internationalen Journale und auch an Lehrbüchern</i>



Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

- 8 *Zahlreiche Phase III/IV Studien zu Tumorerkrankungen; Studienregister: <https://studien.ccc-emn.de/>, <https://www.ccco.de/translazionale-krebsforschung/klinische-studien/>*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

1 HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

59 Ausbildungsplätze - lief bis 09/2022 aus

2 HB02 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

14 Ausbildungsplätze - lief bis 09/2022 aus

3 HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

18 Ausbildungsplätze ab 01.09.22

4 HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

2 Ausbildungsplätze in Kooperation mit den Eckert-Schulen Regenstauf (Praxiseinsatzstelle)

5 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

ab 09/2022 nur Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner 150 Plätze; Vertiefung Pädiatrie mit 7 Plätzen möglich

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 598

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 25135

Teilstationäre Fallzahl 234

Ambulante Fallzahl 43381

StäB. Fallzahl 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40



Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				220,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	220,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	13,67	Stationär	206,73

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				114,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	114,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	7,41	Stationär	106,71

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt				10
--------	--	--	--	----

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				5,62
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,09	Stationär	5,53

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				5,62
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,09	Stationär	5,53

A-11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt				397,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	397,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	10,7	Stationär	386,6

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				20,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	10,03	Stationär	10,84

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

Gesamt				78,89
Beschäftigungsverhältnis	Mit	78,89	Ohne	0



Versorgungsform	Ambulant	3,29	Stationär	75,6
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				6,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,98	Stationär	3,23

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				11,68
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,68

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				0,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,93

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				7,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,73

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				38,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	6,28	Stationär	32,02
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				12,96
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	6,23	Stationär	6,73

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				2,45
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,45



SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				4,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	3,97
Versorgungsform	Ambulant	0,02	Stationär	4,26

SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

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

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				4,98
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,15	Stationär	4,83

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				15,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,07	Stationär	15,76

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

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

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				1,82
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,82

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				4,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,12

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				0,51
--------	--	--	--	------



Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,51

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				6,94
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,94

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				3,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,12	Stationär	3,75

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,12	Stationär	3,88

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

Gesamt				15,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,11	Stationär	14,26

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

Gesamt				13,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,06	Stationär	10,84

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				67,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	67,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	67,41

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				334,82
Beschäftigungsverhältnis	Mit	334,82	Ohne	0



Versorgungsform	Ambulant	3,54	Stationär	331,28
-----------------	----------	------	-----------	--------

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

Gesamt				1,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	1,93
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,93

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Gesamt				0,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	0,33
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				11,99
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,99

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitäts-, Beschwerde- und Projektmanagement
Titel, Vorname, Name	Christine Niebler
Telefon	09621 38 4064
E-Mail	niebler.christine@klinikum-amberg.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	Vorstand, Qualitätsmanagement
--	-------------------------------



Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

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

Ärztl. Direktor

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Harald Hollnberger

Telefon

09621 38 1909

Fax

09621 38 1900

E-Mail

hollnberger.harald@klinikum-amberg.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Vorstand, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion, Jurist, Qualitätsmanagement

Tagungsfrequenz des Gremiums

halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM03: Mitarbeiterbefragungen
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard zur postoperativen pflegerischen Versorgung des Patienten Letzte Aktualisierung: 12.08.2020



Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM06: Sturzprophylaxe
4	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzprophylaxe Pflegestandard Letzte Aktualisierung: 21.12.2022
	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
5	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Checkliste Letzte Aktualisierung: 31.05.2022
	RM18: Entlassungsmanagement
6	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 07.10.2022
	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
7	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard Fixierungen und Alternativen Letzte Aktualisierung: 03.05.2021
8	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
9	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Interne Audits am KSM - Regelmäßig stattfindende interne Audits werden im Programm Anaquestra dokumentiert und ggf. Maßnahmenlisten generiert und die Abarbeitung der Maßnahmen verfolgt. Letzte Aktualisierung: 29.03.2022
	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
10	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Patientenidentifikationsarmbänder Letzte Aktualisierung: 22.11.2021
	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
11	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusprophylaxe nach Expertenstandard Letzte Aktualisierung: 11.03.2022
12	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
	RM05: Schmerzmanagement
13	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement Algorithmus Letzte Aktualisierung: 13.10.2021
	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
14	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung zu MPG und MPBetreibV (Medizintechnik) Letzte Aktualisierung: 30.03.2022
15	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
	RM04: Klinisches Notfallmanagement
16	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Reanimation bei Kreislaufstillstand ReaTeam Letzte Aktualisierung: 31.08.2022



Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
17	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Voruntersuchungen zur Narkose Letzte Aktualisierung: 15.07.2021

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Palliativbesprechungen
- Andere: Leitungszirkel, Perinataalkonferenzen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: monatlich
2	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 02.08.2021
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: jährlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	diverse



A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF00: Sonstiges: CIRS medical (Bundesärztekammer) <i>CIRS medical (Bundesärztekammer)</i>
2	EF01: CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer) <i>CIRS medical (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)</i>
3	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer) <i>CIRS medical (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)</i>

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	12

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	4



Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	45

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. Harald Hollnberger
Telefon	09621 38 1911
Fax	09621 39 1900
E-Mail	hollnberger.harald@klinikum-amberg.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja



Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 38

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 147



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	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: KKB-Hygiene; BKG-Projektgruppe Effizientes Hygienemanagement
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: andere Frequenz (FALSCH ZUORDNUNG!)
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Gold
5	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen



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

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS
- NEO-KISS
- OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Jede Beschwerde wird statistisch erfasst und strukturiert abgearbeitet. Beschwerden können auf unterschiedliche Möglichkeiten abgegeben werden.</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja <i>Jeder Beschwerdeführer, der namentlich bekannt ist, erhält eine Antwort und/oder ein Gesprächsangebot.</i>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja <i>Sowohl der Umgang mit schriftlichen Beschwerden als auch die Weiterleitung des Beschwerdegegenstandes an die Fachabteilung sind geregelt.</i>
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitäts-, Beschwerde- und Projektmanagement
Titel, Vorname, Name	Christine Niebler



Telefon	09621 38 4064
E-Mail	niebler.christine@klinikum-amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Marina Bertelshofer
Telefon	09621 38 1126
E-Mail	bertelshofer.marina@klinikum-amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Lisa Schedl
Telefon	09621 38 1161
E-Mail	schedl.lisa@klinikum-amberg.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Siegfried Scholz
Telefon	09621 38 1069
E-Mail	patientenfuersprecher@klinikum-amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Bettina Rösler-Dolny
Telefon	09621 38 1069
E-Mail	patientenfuersprecher@klinikum-amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Manfred Renner
Telefon	09621 38 1069
E-Mail	patientenfuersprecher@klinikum-amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Ulrike Lösch
Telefon	09621 38 1069
E-Mail	patientenfuersprecher@klinikum-amberg.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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



A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Apothekenleiter & Fachapotheker für Klinische Pharmazie
Titel, Vorname, Name	Michael Zablozki
Telefon	09621 38 1463
Fax	09621 38 1464
E-Mail	zablozki.michael@klinikum-amberg.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	9
Erläuterungen	3,45 Vollzeitstellen Apotheker, 3,78 PTA und 2,95 PKA

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	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder



Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Medikamenten Letzte Aktualisierung: 11.12.2022 Erläuterungen:
5	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
7	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
8	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
9	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Medikamenten Letzte Aktualisierung: 21.10.2020 Erläuterungen:
10	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
11	AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Medikamenten Letzte Aktualisierung: 21.10.2020 Erläuterungen:
12	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
13	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: 4 Augen Prinzip in Galenik und Zytoherstellung

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): in der Galenik zum Plausibilitätscheck: Pharma4you Wechselwirkungsrecherche online



Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Softwareprogramm Cato im CMR Bereich

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- 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? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Ja

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik



Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
2	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen
3	SK03: Aufklärung SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen
4	<i>Checkliste stationärer Aufenthalt bei Kindeswohlgefährdung</i> Letzte Überprüfung: 17.06.2022
5	SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
6	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
7	SK07: Sonstiges (Prävention)
8	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt <i>Workflow bei V.a. Missbrauch oder Misshandlung</i> Letzte Überprüfung: 24.01.2022
9	SK09: Sonstiges (Intervention)
10	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle <i>Leitfaden von Übergriffen von Patienten oder Dritten</i> Letzte Überprüfung: 22.11.2021
11	SK11: Sonstiges (Aufarbeitung)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich <i>Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten</i>
2	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i>
3	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja
4	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>
5	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i>



#	Gerätenummer	24h verfügbar
6	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>
7	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja <i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i>
8	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i>
9	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich <i>Stoßwellen-Steinerstörung</i>
10	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>
11	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i>
12	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i>
13	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
14	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i>
15	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
16	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i>
17	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i>
18	AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Ja <i>Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen</i>
19	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich <i>3D-Laparoskopie-System</i>



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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand

Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

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

Ja

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0300] Medizinische Klinik I - Kardiologie, Nephrologie und internistische Intensivmedizin



Prof. Dr. med. Christoph Birner

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik I - Kardiologie, Nephrologie und internistische Intensivmedizin

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
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Christoph Birner
Telefon	09621 38 1231
Fax	09621 38 1691
E-Mail	birner.christoph@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Medizinische_Klinik_I/index.php

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 - Intensivmedizin
2	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
5	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
6	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
7	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
8	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes



#	Medizinische Leistungsangebote
9	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	VI27 - Spezialsprechstunde
11	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
12	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

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

Vollstationäre Fallzahl	3711
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	650
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	400
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	297
4	R07	Hals- und Brustschmerzen	188
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	160
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	138
7	I20	Angina pectoris	133
8	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	102
9	R55	Synkope und Kollaps	100
10	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	73
11	N17	Akutes Nierenversagen	70
12	I47	Paroxysmale Tachykardie	70
13	E86	Volumenmangel	62
14	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	55
15	I26	Lungenembolie	50
16	I95	Hypotonie	48



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	I11	Hypertensive Herzkrankheit	45
18	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	38
19	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	38
20	R06	Störungen der Atmung	36
21	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	35
22	R00	Störungen des Herzschlages	35
23	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	33
24	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	30
25	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	29
26	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	28
27	I42	Kardiomyopathie	26
28	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	26
29	N18	Chronische Nierenkrankheit	25
30	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	24

B-[0300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1447
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1393
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1295
4	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	1090
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1056
6	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1000
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	516



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	1-268	Kardiales Mapping	499
9	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	403
10	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	344
11	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	239
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	157
13	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	155
14	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	141
15	8-701	Einfache endotracheale Intubation	138
16	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	136
17	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	131
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	117
19	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	102
20	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	98
21	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	94
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	69
23	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	65
24	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	52
25	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	46
26	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	46
27	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	45
28	5-311	Temporäre Tracheostomie	38
29	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	36
30	8-607	Hypothermiebehandlung	35

B-[0300].7.2 Kompetenzprozeduren



B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<p>Folgende ambulante Leistungen werden angeboten:</p> <p><i>Weiterhin wird angeboten: 1. Untersuchung der linken und rechten Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch; 2. Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel; 3. Transösophageale Echokardiographie; 4. Schrittmacher- und Defibrillator-Ambulanz</i></p>
2	AM07 - Privatambulanz	<p>Folgende amb. Leistungen werden angeboten:</p> <p><i>Weiterhin wird angeboten: 1. Diagnose und Therapie von Herzklappenfehlern, 2. Diagnose und Therapie von Herzmuskelschwäche, 3. Diagnose und Therapie von Kardiomyopathien)</i></p>
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<p><i>Echokardiographie inkl. TEE (transösophageale Echokardiographie - Ultraschalluntersuchung durch die Speiseröhre); Stressechokardiographie; EKG inkl. Langzeit-EKG; Ergometrie sowie Schrittmacher- und ICD-Kontrollen</i></p>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
2	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
4	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
6	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
7	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen



#	Ambulanz	Leistung
8	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI34 - Elektrophysiologie
10	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI20 - Intensivmedizin
11	Folgende amb. Leistungen werden angeboten:	VI27 - Spezialsprechstunde
12	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten:	VX00 - („Sonstiges“)
13	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten:	VC00 - („Sonstiges“)
14	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten:	VZ00 - („Sonstiges“)
15	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten:	VK00 - („Sonstiges“)
16	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten:	VA00 - („Sonstiges“)
17	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten:	VI00 - („Sonstiges“)

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	173
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	19

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		28,04	Fälle je VK/Person	139,145111
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,37	Stationär	26,67

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		13,05	Fälle je VK/Person	299,033051
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,64	Stationär	12,41

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
2	AQ23 - Innere Medizin
3	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie
4	AQ03 - Arbeitsmedizin

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

und Zusatzqualifikationen Interventionelle Kardiologie, Spezielle Rhythmologie, Hypertensiologie (DHL), Fachkunde Echokardiographie, Sigmoido-Koloskopie und Bronchoskopie

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin
2	ZF15 - Intensivmedizin



#	Zusatz-Weiterbildung
3	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	86,17	Fälle je VK/Person	43,06603	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	86,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	86,17

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

Gesamt	1,73	Fälle je VK/Person	2145,08667	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,73

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	2,42	Fälle je VK/Person	1533,47107	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,42

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,2	Fälle je VK/Person	18555	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

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	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege



4 PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP09 - Kontinenzmanagement
4	ZP20 - Palliative Care
5	ZP22 - Atmungstherapie
6	ZP05 - Entlassungsmanagement
7	ZP01 - Basale Stimulation

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



B-[0700] Medizinische Klinik II - Gastroenterologie, Onkologie, Endokrinologie, Infektiologie



Priv. Doz. Dr. med. Marc Dauer

B-[0700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Klinik II - Gastroenterologie, Onkologie, Endokrinologie, Infektiologie

B-[0700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0700 - Gastroenterologie

B-[0700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. med. Marc Dauer
Telefon	09621 38 1289
Fax	09621 38 1615



E-Mail	dauer.marc@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Medizinische_Klinik_II/index.php

B-[0700].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-[0700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
2	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
3	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
4	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
6	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
9	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
10	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
11	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
12	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
13	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
14	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen



#	Medizinische Leistungsangebote
15	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
16	VI35 - Endoskopie
17	VI38 - Palliativmedizin

B-[0700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3156
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	152
2	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	122
3	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	111
4	K80	Cholelithiasis	83
5	C83	Nicht folliculäres Lymphom	75
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	67
7	E86	Volumenmangel	61
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	60
9	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	59
10	K29	Gastritis und Duodenitis	57
11	K85	Akute Pankreatitis	55
12	I50	Herzinsuffizienz	55
13	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	55
14	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	51
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	51
16	K70	Alkoholische Leberkrankheit	50



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	43
18	C16	Bösartige Neubildung des Magens	40
19	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	39
20	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	38
21	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	36
22	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	35
23	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	35
24	R11	Übelkeit und Erbrechen	35
25	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	34
26	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	34
27	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	33
28	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	33
29	R18	Aszites	32
30	K25	Ulcus ventriculi	32

B-[0700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	2145
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	1823
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	1058
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1042
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	617
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	586
7	5-469	Andere Operationen am Darm	511
8	1-655	Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes	469



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	405
10	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	373
11	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	328
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	249
13	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	188
14	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	171
15	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	169
16	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	167
17	1-654	Diagnostische Rektoskopie	158
18	8-547	Andere Immuntherapie	157
19	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	150
20	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	146
21	3-056	Endosonographie des Pankreas	140
22	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	122
23	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	108
24	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	103
25	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	101
26	5-449	Andere Operationen am Magen	99
27	5-489	Andere Operation am Rektum	89
28	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	77
29	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	73
30	1-653	Diagnostische Proktoskopie	71

B-[0700].7.2 Kompetenzprozeduren



B-[0700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Folgende amb. Leistungen werden angeboten <i>Weiterhin wird angeboten: Koloskopie; Koloskopie mit Polypenabtragung; Ösophagusdilatation; perkutan endoskopische Gastrostomie</i>
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Enddarmspiegelung (Proktoskopie) mit Hämorrhoiden-Behandlung Magen-/Darmspiegelung mit Probenentnahme und Polypen-Entfernung Darmkrebsvorsorge Fachärztliche Sprechstunde (GKV) für - Erkrankungen des Magen-/Darmtraktes - chronisch-entzündliche Darmerkrankungen - Erkrankungen der Leber, der Gallenwege</i>

B-[0700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
2	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
3	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
4	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
6	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
8	Folgende amb. Leistungen werden angeboten	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

B-[0700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	342
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	161
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	149
4	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4

B-[0700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[0700].11 Personelle Ausstattung

B-[0700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		18,77	Fälle je VK/Person	178,6078
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,1	Stationär	17,67

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		8,58	Fälle je VK/Person	391,0781
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,51	Stationär	8,07

B-[0700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie



#	Facharztbezeichnungen
2	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
3	AQ03 - Arbeitsmedizin
4	AQ23 - Innere Medizin

B-[0700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
3	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt	41,71	Fälle je VK/Person	75,66531
Beschäftigungsverhältnis	Mit 41,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	41,71

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

Gesamt	0,92	Fälle je VK/Person	3430,43481
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,92

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,52	Fälle je VK/Person	2076,316
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,52



B-[0700].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	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ21 - Casemanagement
5	PQ20 - Praxisanleitung
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP19 - Sturzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP01 - Basale Stimulation
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP20 - Palliative Care

B-[0700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[0200] Medizinische Klinik III - Geriatrie und Frührehabilitation, Alterstraumatologie



Dr. med. Jens Trögner

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

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Klinik III - Geriatrie und Frührehabilitation, Alterstraumatologie

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
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jens Trögner
Telefon	09621 38 1101
Fax	09621 38 1967
E-Mail	troegner.jens@klinikum-amberg.de



Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Medizinische_Klinik_III/index.php

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	VI38 - Palliativmedizin
2	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
3	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
4	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
5	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
6	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
7	VI39 - Physikalische Therapie <i>Spezielle Ausbildung für die Geriatrie</i>
8	VI40 - Schmerztherapie
9	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
10	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
11	VC00 - („Sonstiges“): Alterstraumatologie <i>Seit Mitte 2015</i>
12	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
13	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
14	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien



#	Medizinische Leistungsangebote
15	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
16	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
17	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
18	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
19	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
20	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
21	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
22	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
23	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
24	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
25	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
26	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
27	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
28	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
29	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
30	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
31	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
32	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
33	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
34	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
35	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
36	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
37	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
38	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
39	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
40	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
41	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
42	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten



#	Medizinische Leistungsangebote
43	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

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

Vollstationäre Fallzahl	618
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	89
2	S72	Fraktur des Femurs	75
3	E86	Volumenmangel	29
4	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	22
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	18
6	N17	Akutes Nierenversagen	17
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	16
8	I63	Hirninfrakt	15
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	14
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	14
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	13
12	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	12
13	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	10
14	R55	Synkope und Kollaps	10
15	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	9
16	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	8
17	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	8



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
18	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	7
19	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	7
20	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	7
21	I21	Akuter Myokardinfarkt	6
22	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	6
23	I26	Lungenembolie	6
24	R07	Hals- und Brustschmerzen	6
25	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6
26	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	5
27	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	5
28	M00	Eitrige Arthritis	5
29	S06	Intrakranielle Verletzung	5
30	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	4

B-[0200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	345
2	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	32
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	24
4	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	15
5	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	14
6	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	14
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	13



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	10
9	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	6
10	8-547	Andere Immuntherapie	4
11	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
12	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
13	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	< 4
14	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	< 4
15	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
16	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	< 4
17	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	< 4
18	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	< 4
19	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	< 4
20	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	< 4
21	8-920	EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h	< 4
22	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	< 4
23	8-641	Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus	< 4
24	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4
25	8-901	Inhalationsanästhesie	< 4
26	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	< 4
27	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	< 4
28	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	< 4

B-[0200].7.2 Kompetenzprozeduren

**B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	

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****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	7,04	Fälle je VK/Person	87,78409	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,04

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	2,71	Fälle je VK/Person	228,044281	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,71	Ohne	0



Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,71
-----------------	----------	---	-----------	------

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF30 - Palliativmedizin
3	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie

B-[0200].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	13,16	Fälle je VK/Person	46,96049	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,16

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

Gesamt	0,85	Fälle je VK/Person	727,0588	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,85

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	7,1	Fälle je VK/Person	87,04225	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften



Gesamt		2,64	Fälle je VK/Person	234,0909
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,64

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,03	Fälle je VK/Person	600
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,03

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	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP09 - Kontinenzmanagement
3	ZP20 - Palliative Care
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP25 - Gerontopsychiatrie
7	ZP08 - Kinästhetik

B-[0200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[0800] Medizinische Klinik IV - Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin



Dr. med. Hans Wahn

B-[0800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Klinik IV - Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

B-[0800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0800 - Pneumologie

B-[0800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Hans Wahn
Telefon	09621 38 4048
Fax	09621 38 4148



E-Mail	pneumologie@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Medizinische_Klinik_IV/index.php

B-[0800].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-[0800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VI00 - („Sonstiges“): Schlaflabor</p> <p><i>Das Schlaflabor wird als Schwerpunkt im Rahmen der organisatorischen Zuordnung zur Medizinischen Klinik IV (Pneumologie) geführt.</i></p>
2	<p>VI27 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>nach individueller Terminvereinbarung für Patienten mit Therapieproblemen</i></p>
3	<p>VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin</p> <p><i>trifft zu mit pneumologischem Schwerpunkt, somit Schlaf-bezogene Atemstörung und Beatmung</i></p>
4	<p>VX00 - („Sonstiges“): Schlaflabor</p> <p><i>Im Rahmen der Landesvereinbarung über die Behandlung schlafbezogener Atemstörungen bei Erwachsenen werden zusätzlich zur vollstationären Versorgung vorstationäre Patienten behandelt.</i></p>
5	<p>VI00 - („Sonstiges“): Schlaflabor</p> <p><i>Diagnostik und Therapie-Beratung verschiedener schlafmedizinischer Erkrankungen (incl. Insomnie, Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen, Testungen auf Vigilanz/Schläfrigkeit)</i></p>

B-[0800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1320
-------------------------	------



Teilstationäre Fallzahl

0

B-[0800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Im Rahmen der Landesvereinbarung über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen wurden zusätzlich zur vollstationären Versorgung 552 Patienten behandelt.

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	G47	Schlafstörungen	417
2	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	147
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	94
4	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	58
5	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	53
6	I50	Herzinsuffizienz	53
7	R06	Störungen der Atmung	44
8	D38	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	31
9	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	30
10	I26	Lungenembolie	27
11	J45	Asthma bronchiale	21
12	E86	Volumenmangel	20
13	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20
14	R05	Husten	18
15	E66	Adipositas	18
16	J67	Allergische Alveolitis durch organischen Staub	11
17	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	10
18	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	10
19	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	10
20	R04	Blutung aus den Atemwegen	9
21	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	9
22	R07	Hals- und Brustschmerzen	8
23	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	R11	Übelkeit und Erbrechen	7
25	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	6
26	D86	Sarkoidose	6
27	R55	Synkope und Kollaps	5
28	J41	Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis	5
29	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	5
30	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5

B-[0800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1905
2	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	1290
3	1-790	Polysomnographie	1281
4	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	756
5	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	535
6	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	259
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	254
8	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	253
9	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	192
10	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	101
11	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	65
12	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	58
13	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	58



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	51
15	8-547	Andere Immuntherapie	41
16	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	33
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	29
18	1-712	Spiroergometrie	28
19	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	27
20	9-500	Patientenschulung	17
21	1-795	Multipler Schlaflatenztest (MSLT)/multipler Wachbleibetest (MWT)	16
22	5-320	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus	16
23	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	13
24	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	10
25	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	9
26	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	8
27	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	7
28	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	6
29	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	5
30	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	5

B-[0800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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



#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Ambulante Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Rippenfells und des mittleren Brusttraums Asthma COPD Bösartige Neubildungen Interstitielle Lungenkrankheiten/Lungenfibrosen schlafbezogene Atemstörungen Lungenhochdruck Tuberkulose</i>

B-[0800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Schlafmedizin	VI00 - („Sonstiges“)

B-[0800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[0800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0800].11 Personelle Ausstattung

B-[0800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,18	Fälle je VK/Person	183,844025	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,18

– davon Fachärztinnen und Fachärzte



Gesamt		4	Fälle je VK/Person	330
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4

B-[0800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie

B-[0800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF39 - Schlafmedizin

B-[0800].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		13,62	Fälle je VK/Person	96,9163
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,62

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

Gesamt		0,42	Fälle je VK/Person	3142,85718
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,42

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,19	Fälle je VK/Person	6947,36865
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,19

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

Gesamt		12,83	Fälle je VK/Person	102,883873
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,83

B-[0800].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-[0800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP19 - Sturzmanagement
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP22 - Atmungstherapie

B-[0800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[3752] Palliativmedizin



Dr. med. Jochen Pfirstinger

B-[3752].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Palliativmedizin

B-[3752].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3752 - Palliativmedizin

B-[3752].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Sektion Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jochen Pfirstinger
Telefon	09621 38 1505
Fax	09621 38 1966
E-Mail	palliativstation@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Medizinische_Klinik_II/team.php

B-[3752].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-[3752].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI00 - („Sonstiges“): Integrative Onkologie
2	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
3	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
4	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
6	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
7	VI38 - Palliativmedizin
8	VI40 - Schmerztherapie
9	VI42 - Transfusionsmedizin

B-[3752].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	303
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3752].6 Hauptdiagnosen nach ICD



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	33
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	21
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	19
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	15
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	14
6	I50	Herzinsuffizienz	11
7	C16	Bösartige Neubildung des Magens	11
8	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	10
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	10
10	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	10
11	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	9
12	I11	Hypertensive Herzkrankheit	6
13	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	6
14	C43	Bösartiges Melanom der Haut	5
15	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5
16	C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	5
17	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	4
18	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	4
19	C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	4
20	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	4
21	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	4
22	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	4
23	I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	< 4
24	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
25	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	< 4
26	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	< 4
27	C45	Mesotheliom	< 4



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	I63	Hirninfarkt	< 4
29	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
30	E44	Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades	< 4

B-[3752].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3752].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Palliativstation wird als Besondere Einrichtung geführt.

Die OPS-Ziffern betreffen deshalb ausschließlich den Palliativmedizinischen Dienst.

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	137

B-[3752].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3752].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3752].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3752].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3752].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3752].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-[3752].11 Personelle Ausstattung

B-[3752].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,96	Fälle je VK/Person	154,591827
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,96

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,96	Fälle je VK/Person	154,591827
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,96

B-[3752].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
2	AQ23 - Innere Medizin

B-[3752].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
2	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3752].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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



Gesamt		11,08	Fälle je VK/Person	27,34657
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,08

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

Gesamt		1,08	Fälle je VK/Person	280,555542
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,08

B-[3752].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3752].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Aromapflege
Homöopathie

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP20 - Palliative Care

B-[3752].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[3700] Dialyse



Prof. Dr. med. Christoph Birner

B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Dialyse

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Christoph Birner
Telefon	09621 38 1231
Fax	09621 38 1691
E-Mail	birner.christoph@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	http://www.klinikum-amberg.de/de/medizin/pflege/pflege-leistungen-fachbereiche-dialysestation.php

B-[3700].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-[3700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

B-[3700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	64

B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3700].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	64

B-[3700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Hämodialyse	3728
2	8-857	Peritonealdialyse	132
3	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	113
4	8-179	Andere therapeutische Spülungen	74
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	49
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	36

B-[3700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[3700].11 Personelle Ausstattung

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40



B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin und Hypertensiologie DHL

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt	6,26	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,26

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,72	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,72

B-[3700].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	PQ11 - Pflege in der Nephrologie



#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
---	--

4	PQ20 - Praxisanleitung
---	------------------------

5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
---	---

B-[3700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

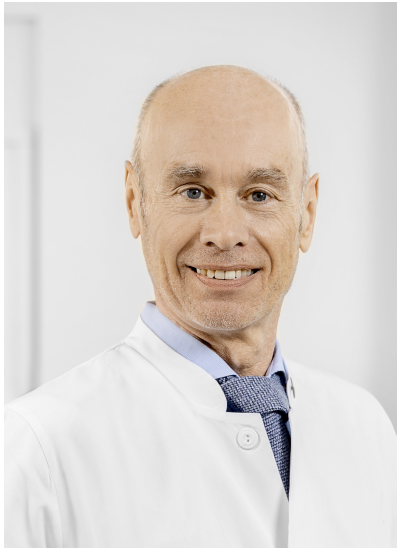
#	Zusatzqualifikation
---	---------------------

1	ZP08 - Kinästhetik
---	--------------------

B-[3700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[2800] Klinik für Neurologie



Dr. med. Frank Huber

B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurologie

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[2800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Frank Huber
Telefon	09621 38 1852
Fax	09621 38 1652
E-Mail	huber.frank@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Neurologie/index.php

B-[2800].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-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN20 - Spezialsprechstunde <i>auf Zuweisung von niedergelassenen Neurologen und Nervenärzten für Patienten mit entzündlichen MS-Erkrankungen</i>
2	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
3	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
4	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
5	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
6	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
7	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
8	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
9	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
10	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
11	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
12	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
13	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
14	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
15	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden



#	Medizinische Leistungsangebote
16	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
17	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
18	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
19	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
20	VN24 - Stroke Unit
21	VN23 - Schmerztherapie
22	VX00 - („Sonstiges“): Botoxambulanz auf Zuweisung niedergelassener Kassenärzte, ansonsten bei weiteren Krankheitsbildern nur NÄ/Neurologen

B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2226
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	421
2	G40	Epilepsie	210
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	176
4	H81	Störungen der Vestibularfunktion	146
5	M54	Rückenschmerzen	109
6	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	89
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	64
8	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	55
9	G43	Migräne	44
10	R42	Schwindel und Taumel	37
11	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	35
12	R51	Kopfschmerz	34



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	I61	Intrazerebrale Blutung	31
14	R55	Synkope und Kollaps	26
15	I95	Hypotonie	25
16	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	24
17	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	23
18	A84	Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen	21
19	G61	Polyneuritis	21
20	B02	Zoster [Herpes zoster]	19
21	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	19
22	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	16
23	H53	Sehstörungen	16
24	M48	Sonstige Spondylopathien	15
25	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	14
26	E86	Volumenmangel	13
27	G41	Status epilepticus	13
28	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	13
29	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	12
30	G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	12

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	2063
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	549
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	525
4	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	301



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-205	Elektromyographie [EMG]	135
6	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	125
7	1-206	Neurographie	108
8	8-020	Therapeutische Injektion	65
9	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	46
10	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	45
11	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	43
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	40
13	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	19
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	13
15	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	7
16	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	7
17	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	5
18	8-607	Hypothermiebehandlung	4
19	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	< 4
20	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	< 4
21	8-390	Lagerungsbehandlung	< 4
22	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	< 4
23	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	< 4
24	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
25	8-128	Anwendung eines Stuhl drainagesystems	< 4
26	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	< 4
27	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	< 4
28	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
29	1-717	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials	< 4
30	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	< 4



B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Neurologische Privatambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz für gesetzlich Versicherte
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz für gesetzlich Versicherte	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
2	Ambulanz für gesetzlich Versicherte	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
3	Ambulanz für gesetzlich Versicherte	VN20 - Spezialsprechstunde
4	Neurologische Privatambulanz	VN00 - („Sonstiges“)
5	Neurologische Privatambulanz	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
6	Neurologische Privatambulanz	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
7	Neurologische Privatambulanz	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
8	Neurologische Privatambulanz	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
9	Neurologische Privatambulanz	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute



#	Ambulanz	Leistung
10	Neurologische Privatambulanz	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
11	Neurologische Privatambulanz	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
12	Neurologische Privatambulanz	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
13	Neurologische Privatambulanz	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	Neurologische Privatambulanz	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
15	Neurologische Privatambulanz	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
16	Neurologische Privatambulanz	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
17	Neurologische Privatambulanz	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
18	Neurologische Privatambulanz	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
19	Neurologische Privatambulanz	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
20	Neurologische Privatambulanz	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
21	Neurologische Privatambulanz	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
22	Neurologische Privatambulanz	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
23	Neurologische Privatambulanz	VN23 - Schmerztherapie
24	Neurologische Privatambulanz	VN20 - Spezialsprechstunde

B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

**B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[2800].11 Personelle Ausstattung**B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	14,22	Fälle je VK/Person	161,421326	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,43	Stationär	13,79

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,66	Fälle je VK/Person	406,204376	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,18	Stationär	5,48

B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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



#	Zusatz-Weiterbildung
3	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		36,85	Fälle je VK/Person	60,40706
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,85

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

Gesamt		0,71	Fälle je VK/Person	3135,21143
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,71

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,12	Fälle je VK/Person	1987,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,12

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,11	Fälle je VK/Person	20236,3633
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	13094,1172
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17



B-[2800].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	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP29 - Stroke Unit Care
2	ZP02 - Bobath
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP08 - Kinästhetik

B-[2800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[1700] Klinik für Neurochirurgie



Priv.Doz. Dr. med. Hisham Bassiouni

B-[1700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurochirurgie

B-[1700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1700 - Neurochirurgie

B-[1700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.Doz. Dr. med. Hisham Bassiouni
Telefon	09621 38 1870
Fax	09621 38 901870
E-Mail	bassiouni.hisham@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Neurochirurgie/index.php

B-[1700].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-[1700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC43 - Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
2	VC44 - Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
3	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
4	VC46 - Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
5	VC47 - Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
6	VC48 - Chirurgie der intraspinalen Tumoren
7	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
8	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
9	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
10	VC54 - Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie
11	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
12	VC70 - Kinderneurochirurgie

B-[1700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	595
Teilstationäre Fallzahl	0



B-[1700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	115
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	104
3	S06	Intrakranielle Verletzung	98
4	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	35
5	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	22
6	M54	Rückenschmerzen	17
7	I60	Subarachnoidalblutung	15
8	F45	Somatoforme Störungen	15
9	D32	Gutartige Neubildung der Meningen	13
10	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	13
11	S12	Fraktur im Bereich des Halses	11
12	I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	11
13	I61	Intrazerebrale Blutung	11
14	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	10
15	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	7
16	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	7
17	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	7
18	I63	Hirninfarkt	7
19	G91	Hydrozephalus	7
20	G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	6
21	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	5
22	D35	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen	4
23	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	4
24	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	4



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4
26	D43	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	< 4
27	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	< 4
28	G97	Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
30	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	< 4

B-[1700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	349
2	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	255
3	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	177
4	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	169
5	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	152
6	5-021	Rekonstruktion der Hirnhäute	115
7	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	79
8	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	75
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	66
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	62
11	5-013	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten	60
12	5-015	Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniell Gewebe	60
13	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	37
14	5-022	Inzision am Liquorsystem	30



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-033	Inzision des Spinalkanals	28
16	5-036	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten	25
17	5-012	Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]	23
18	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	22
19	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	22
20	5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	18
21	5-025	Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen	17
22	5-989	Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren	16
23	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	16
24	5-035	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute	15
25	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	14
26	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	13
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	12
28	5-020	Kranioplastik	12
29	5-023	Anlegen eines Liquorshunters [Shunt-Implantation]	11
30	5-836	Spondylodese	11

B-[1700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Neurochir. Praxis <i>Vertragsarztsitz</i>
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Allgemeines Leistungsangebot Spezialbereiche</i>



B-[1700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Neurochir. Praxis	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen
2	Neurochir. Praxis	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
3	Neurochir. Praxis	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
4	Neurochir. Praxis	VC44 - Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
5	Neurochir. Praxis	VC43 - Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
6	Neurochir. Praxis	VC48 - Chirurgie der intraspinalen Tumoren
7	Neurochir. Praxis	VC46 - Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
8	Neurochir. Praxis	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
9	Neurochir. Praxis	VC47 - Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
10	Neurochir. Praxis	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
11	Neurochir. Praxis	VC54 - Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie
12	Neurochir. Praxis	VC70 - Kinderneurochirurgie
13	Neurochir. Praxis	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie

B-[1700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	4

B-[1700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1700].11 Personelle Ausstattung

B-[1700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	5,35	Fälle je VK/Person	114,864868	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,17	Stationär	5,18

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,77	Fälle je VK/Person	163,013687	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,12	Stationär	3,65

B-[1700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ41 - Neurochirurgie

B-[1700].11.1.2 Zusatzweiterbildung



B-[1700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt	11,92	Fälle je VK/Person	49,91611
Beschäftigungsverhältnis	Mit 11,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	11,92

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

Gesamt	2,34	Fälle je VK/Person	254,273514
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2,34

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,42	Fälle je VK/Person	1416,66675
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,42

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,7	Fälle je VK/Person	850
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,7

B-[1700].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-[1700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP01 - Basale Stimulation

B-[1700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[1500] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie



Dr. med. Wolfram Schief

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

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie

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
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Wolfram Schief
Telefon	09621 38 1316
Fax	09621 38 901316
E-Mail	schief.wolfram@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Klinik_Allgemein_Viszeral_und_Thoraxchirurgie/index.php

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	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
2	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
3	VC71 - Notfallmedizin
4	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses und Körperstamm
5	VX00 - („Sonstiges“): Magen-Darm-Chirurgie;
6	VX00 - („Sonstiges“): Hernien-Chirurgie minimalinvasiv (TEP/TAPP) und konventionell
7	VC11 - Lungenchirurgie gutartige und bösartige Erkrankungen; resezierende Lungentumorchirurgie einschl. bronchoplastischer und angioplastischer Resektionen
8	VC24 - Tumorchirurgie
9	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen Galle, Blinddarm, Colon, Reflux, Nebenniere, Pankreas, Magen, NOTES
10	VC21 - Endokrine Chirurgie Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere



#	Medizinische Leistungsangebote
11	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>bis hin zur erweiterten Hemihepatektomie und totalen Pankreatektomie</i>
12	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>TEM</i>
13	VC58 - Spezialsprechstunde
14	VC14 - Speiseröhrenchirurgie <i>z.B. Boerhaave-Syndrom; Divertikel, Tumorchirurgie</i>
15	VK31 - Kinderchirurgie
16	VC62 - Portimplantation
17	VX00 - („Sonstiges“): Koloproktologie <i>Darmkrebszentrum, Hämorrhoiden, Analfistel, etc.</i>
18	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin <i>IMC</i>
19	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
20	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
21	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
22	VC10 - Eingriffe am Perikard
23	VC59 - Mediastinoskopie
24	VC12 - Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

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

Vollstationäre Fallzahl	1700
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	205



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	K40	Hernia inguinalis	121
3	K57	Divertikulose des Darmes	108
4	K35	Akute Appendizitis	100
5	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	99
6	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	75
7	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	67
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	56
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	53
10	K43	Hernia ventralis	49
11	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	46
12	E04	Sonstige nichttoxische Struma	46
13	A46	Erysipel [Wundrose]	41
14	K81	Cholezystitis	36
15	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	32
16	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	27
17	C16	Bösartige Neubildung des Magens	21
18	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	20
19	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	19
20	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	17
21	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	17
22	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	16
23	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	15
24	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	14
25	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	14
26	K42	Hernia umbilicalis	13
27	L03	Phlegmone	12
28	K29	Gastritis und Duodenitis	11
29	S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	11



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	K65	Peritonitis	10

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	548
2	5-511	Cholezystektomie	288
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	264
4	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	194
5	5-469	Andere Operationen am Darm	170
6	5-916	Temporäre Weichteildeckung	163
7	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	146
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	136
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	110
10	5-470	Appendektomie	103
11	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	68
12	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	68
13	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	67
14	5-454	Resektion des Dünndarmes	65
15	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	61
16	5-549	Andere Bauchoperationen	60
17	8-190	Spezielle Verbandstechniken	59
18	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	56
19	5-322	Atypische Lungenresektion	54
20	5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	53
21	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	50



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	1-559	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision	48
23	5-344	Pleurektomie	44
24	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	44
25	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	44
26	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	36
27	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	34
28	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	34
29	5-986	Minimalinvasive Technik	31
30	5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	30

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Folgende Leistungen werden angeboten:
2	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Folgende Leistungen werden angeboten:
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
5	AM07 - Privatambulanz	Folgende Leistungen werden angeboten:
6	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Leisten-, Wasser- Schenkelbrüche (Minimalinvasiv, konventionell, mit und ohne Kunststoffnetz) Nabel-, Bauchwand- und Narbenbrüche Biopsie und Exzision von Tumoren (Haut, Muskel, Faszie, Lymphknoten) Portimplantation Mitbehandlung bei chronisch entzündlicher Darmerkrankung Behandlung komplexer Wunden</i>



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

#	Ambulanz	Leistung
1	Folgende Leistungen werden angeboten:	VC00 - („Sonstiges“)
2	Folgende Leistungen werden angeboten:	VC00 - („Sonstiges“)
3	Folgende Leistungen werden angeboten:	VC00 - („Sonstiges“)
4	Folgende Leistungen werden angeboten:	VX00 - („Sonstiges“)
5	Folgende Leistungen werden angeboten:	VH00 - („Sonstiges“)

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	43
2	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	5
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	5
4	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	4
5	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	4
6	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	4
7	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
8	5-640	Operationen am Präputium	< 4
9	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
10	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
11	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
12	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
13	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
14	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
15	5-624	Orchidopexie	< 4
16	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 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	15,66	Fälle je VK/Person	110,821381	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,32	Stationär	15,34

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7,61	Fälle je VK/Person	227,882034	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,15	Stationär	7,46

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie
2	AQ12 - Thoraxchirurgie
3	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
4	AQ06 - Allgemeinchirurgie
5	AQ09 - Kinderchirurgie



B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt	26,42	Fälle je VK/Person	64,34519
Beschäftigungsverhältnis	Mit 26,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	26,42

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

Gesamt	0,81	Fälle je VK/Person	2098,76538
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,81

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,18	Fälle je VK/Person	9444,444
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,18

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,43	Fälle je VK/Person	3953,48828
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,43



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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
4	ZP08 - Kinästhetik

B-[1500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[1600] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Alterstraumatologie



PD Dr. med. Antonio Ernstberger

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

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Alterstraumatologie

B-[1600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Antonio Ernstberger
Telefon	09621 38 1317
Fax	09621 38 1903
E-Mail	unfallchirurgie@klinikum-amberg.de



Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Unfallchirurgie/index.php

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	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
2	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
3	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
4	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
5	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
6	VC30 - Septische Knochenchirurgie
7	VO15 - Fußchirurgie
8	VO16 - Handchirurgie
9	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
10	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
11	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
12	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
13	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
14	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
15	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens



#	Medizinische Leistungsangebote
16	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
17	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
18	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
19	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
20	VO14 - Endoprothetik
21	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
22	VO13 - Spezialsprechstunde
23	VO21 - Traumatologie
24	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
25	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
26	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
27	VC00 - („Sonstiges“): Polytraumaversorgung
28	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
29	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
30	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
31	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
32	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
33	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
34	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
35	VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie
36	VC66 - Arthroskopische Operationen

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

Vollstationäre Fallzahl	1969
Teilstationäre Fallzahl	0



B-[1600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	346
2	S52	Fraktur des Unterarmes	178
3	S72	Fraktur des Femurs	152
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	145
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	136
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	112
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	86
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	50
9	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	45
10	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	41
11	L03	Phlegmone	35
12	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	34
13	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	32
14	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	32
15	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	31
16	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	23
17	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	21
18	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	20
19	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	18
20	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	18
21	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	17
22	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	17
23	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	17
24	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	16



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	15
26	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	14
27	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	14
28	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	12
29	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	11
30	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	10

B-[1600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	373
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	350
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	336
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	308
5	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	225
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	199
7	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	168
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	152
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	131
10	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	125
11	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	112
12	5-916	Temporäre Weichteildeckung	104
13	5-786	Osteosyntheseverfahren	79



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	70
15	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	68
16	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide	66
17	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	65
18	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	59
19	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	57
20	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	57
21	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	57
22	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	57
23	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	52
24	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	49
25	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	48
26	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	46
27	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	46
28	5-784	Knochen transplantation und -transposition	42
29	8-190	Spezielle Verbandstechniken	41
30	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	40

B-[1600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Unfallchir. Ambulanz
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Ambulanz



#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM07 - Privatambulanz	Unfallchir. Ambulanz

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

#	Ambulanz	Leistung
1	BG-Ambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
2	BG-Ambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
3	BG-Ambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
4	BG-Ambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
5	BG-Ambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
6	BG-Ambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
7	BG-Ambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
8	BG-Ambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	BG-Ambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
10	BG-Ambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
11	BG-Ambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
12	BG-Ambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	BG-Ambulanz	VC30 - Septische Knochenchirurgie
14	BG-Ambulanz	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
15	Unfallchir. Ambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
16	Unfallchir. Ambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
17	Unfallchir. Ambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
18	Unfallchir. Ambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
19	Unfallchir. Ambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens



#	Ambulanz	Leistung
20	Unfallchir. Ambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
21	Unfallchir. Ambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
22	Unfallchir. Ambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
23	Unfallchir. Ambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
24	Unfallchir. Ambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
25	Unfallchir. Ambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
26	Unfallchir. Ambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
27	Unfallchir. Ambulanz	VO15 - Fußchirurgie
28	Unfallchir. Ambulanz	VO16 - Handchirurgie
29	Unfallchir. Ambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
30	Unfallchir. Ambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
31	Unfallchir. Ambulanz	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
32	Unfallchir. Ambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
33	Unfallchir. Ambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
34	Unfallchir. Ambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
35	Unfallchir. Ambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
36	Unfallchir. Ambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes



#	Ambulanz	Leistung
37	Unfallchir. Ambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
38	Unfallchir. Ambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
39	Unfallchir. Ambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
40	Unfallchir. Ambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
41	Unfallchir. Ambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
42	Unfallchir. Ambulanz	VO15 - Fußchirurgie
43	Unfallchir. Ambulanz	VO16 - Handchirurgie
44	Unfallchir. Ambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
45	Unfallchir. Ambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
46	Unfallchir. Ambulanz	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	107
2	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	63
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	39
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	36
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	30



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	21
7	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	8
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	7
9	5-841	Operationen an Bändern der Hand	7
10	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	6
11	1-697	Diagnostische Arthroskopie	6
12	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	4
13	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
14	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
15	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
16	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	< 4
17	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
18	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
19	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
20	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
21	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
22	5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	< 4
23	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	< 4
24	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
25	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
26	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 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	16,61	Fälle je VK/Person	132,2364
Beschäftigungsverhältnis	Mit 16,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,72	Stationär	14,89

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,1	Fälle je VK/Person	241,5951
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,95	Stationär	8,15

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemein Chirurgie
3	AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[1600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF29 - Orthopädische Rheumatologie
4	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie

B-[1600].11.2 Pflegepersonal

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



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

Gesamt		26,2	Fälle je VK/Person	75,15267
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	26,2

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

Gesamt		1,24	Fälle je VK/Person	1587,9032
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,24

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,94	Fälle je VK/Person	1014,94843
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,94

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,72	Fälle je VK/Person	2734,72217
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,72

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,28	Fälle je VK/Person	7032,143
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,28

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
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege



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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP07 - Geriatrie z. B. Zercur
5	ZP14 - Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

B-[1600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[1800] Klinik für Gefäßchirurgie



M.D. Saman Djamil

B-[1800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gefäßchirurgie

B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1800 - Gefäßchirurgie

B-[1800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	M.D. Saman Djamil
Telefon	09621 38 1616
Fax	09621 38 1908
E-Mail	djamil.saman@klinikum-amberg.de



Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Gefaesschirurgie/index.php

B-[1800].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-[1800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen <i>(z.B. Bypasschirurgie, Carotischirurgie, Behandlung des diabetischen Fußsyndroms)</i>
2	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie <i>Aortoiliakale Aneurysmen, offen sowie endovaskulär.</i>
3	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>z.B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)</i>
4	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
5	VC61 - Dialysehuntchirurgie <i>(primäre Shuntchirurgie, Revisionseingriffe)</i>
6	VC63 - Amputationschirurgie <i>(Amputation von Gliedmaßen)</i>
7	VC21 - Endokrine Chirurgie <i>z. B. Schilddrüsenchirurgie</i>
8	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie <i>z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie</i>



B-[1800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	844
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	267
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	219
3	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	72
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	49
5	N18	Chronische Nierenkrankheit	35
6	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	25
7	L03	Phlegmone	18
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	18
9	L88	Pyoderma gangraenosum	14
10	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	14
11	A46	Erysipel [Wundrose]	8
12	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
13	I63	Hirninfarkt	8
14	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	6
15	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	6
16	I50	Herzinsuffizienz	6
17	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	5
18	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	5
19	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	4
20	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	4
21	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	4



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	I87	Sonstige Venenkrankheiten	< 4
23	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
25	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	< 4
26	M10	Gicht	< 4
27	I26	Lungenembolie	< 4
28	I82	Sonstige venöse Embolie und Thrombose	< 4
29	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4

B-[1800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	266
2	5-381	Endarteriektomie	253
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	232
4	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	206
5	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	127
6	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	92
7	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	88
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	70
9	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	68
10	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	65
11	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	65



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	64
13	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	64
14	8-190	Spezielle Verbandstechniken	59
15	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	49
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	42
17	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	37
18	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	36
19	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	35
20	8-923	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	27
21	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	22
22	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	20
23	5-388	Naht von Blutgefäßen	18
24	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	17
25	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	16
26	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	15
27	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	12
28	1-490	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut	11
29	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	11
30	8-84e	(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents mit Embolieprotektion bei Stenosen	10

B-[1800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	



#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Leistungen werden seit dem 01.10.2022 im MVZ Gefäßchirurgie erbracht.
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Gefäßdiagnostik Arterienchirurgie Venenchirurgie

B-[1800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VD00 - („Sonstiges“): Varizen
2	AM07	VC61 - Dialysehuntchirurgie

B-[1800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	20
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	18

B-[1800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1800].11 Personelle Ausstattung

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen



Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,3	Fälle je VK/Person	139,504135
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	6,05

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,3	Fälle je VK/Person	266,246063
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,13	Stationär	3,17

B-[1800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ07 - Gefäßchirurgie und Endovaskulärer Chirurg
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		16,95	Fälle je VK/Person	49,79351
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,95

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

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	14066,667
--------	--	------	--------------------	-----------



Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,02	Fälle je VK/Person	42200
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,02

B-[1800].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

B-[1800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP32 - Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG® ZP14 - Schmerzmanagement
4	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>

B-[1800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[3600] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin



Prof. Dr. med. Andreas Redel

B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und operative 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
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Redel
Telefon	09621 38 1300
Fax	09621 38 901300
E-Mail	redel.andreas@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Klinik_Anaesthesiologie_Operative_Intensivmedizin/index.php

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	VX00 - („Sonstiges“): Intensivmedizin <i>Sämtl. anerk. diagn. und therap. intensivmed. Methoden • Differenz. Beatmungsformen incl. proportional unterstützter Spontanatmung • Initiierung Extrakorporalen Lungen- und Kreislaufunterstützung zur Abwendung perakuter Lebensgefahr mit Weitervers. am ECMO-Zentrum des Uniklinik Regensburg</i>
2	VX00 - („Sonstiges“): Notfallmedizin <i>Innerklinischer Reanimationsdienst • Anästhesiologische Versorgung in den Schockräumen • Bodengebundener Notarztdienst in Stadt und Landkreis Amberg • Luftgebundener Notarztdienst am Rettungshubschrauber Christoph 80</i>
3	VX00 - („Sonstiges“): Akutschmerztherapie
4	VX00 - („Sonstiges“): Narkose
5	VX00 - („Sonstiges“): Darstellung OPS im Qualitätsbericht <i>Im Rahmen der Deutschen Kodierrichtlinie werden nur die OPS Leistungen im Bericht dargestellt, welche zusätzlich zur regelhaften Leistungserbringung erbracht werden. Dies bedeutet, dass z.B. bei Operationen mit notwendiger Anästhesieleistung keine OPS mit Anästhesieleistung dokumentiert werden darf.</i>

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

Es wurden 2.543 Patienten behandelt, die den entsprechenden Fachdisziplinen zugeordnet sind.

Anzahl Beatmungsstunden: 33.632

Insgesamt ausgeführte Anästhesieverfahren: 10.283



Vollstationäre Fallzahl	0
-------------------------	---

Teilstationäre Fallzahl	0
-------------------------	---

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Sämtliche DRG-Fälle, Hauptdiagnosen nach ICD sowie erbrachte Prozeduren nach OPS werden den operativen Kliniken zugeordnet. Die vollstationäre Fallzahl ist daher Null.

B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1617
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	840
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	814
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	338
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	207
6	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	192
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	136
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	86
9	8-902	Balancierte Anästhesie	58
10	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	53
11	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	31
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	27
13	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	20
14	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	19
15	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	18



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	8-900	Intravenöse Anästhesie	15
17	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	14
18	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	12
19	8-390	Lagerungsbehandlung	12
20	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	10
21	8-020	Therapeutische Injektion	8
22	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	5
23	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	< 4
24	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	< 4
25	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	< 4
26	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	< 4
27	8-128	Anwendung eines Stuhl drainagesystems	< 4
28	5-022	Inzision am Liquorsystem	< 4
29	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
30	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- Alle KV-Leistungen werden über das MVZ erbracht.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Vollnarkose Teilnarkose Sedierung (Dämmerschlaf) bei Eingriffen in örtlicher Betäubung</i>

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****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	29,56	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	29,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,29	Stationär	29,27

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	13,84	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,14	Stationär	13,7

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie



B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF15 - Intensivmedizin und Alpin- und Höhenmedizin
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF44 - Sportmedizin
5	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		34,2	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	34,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	34,2

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

Gesamt		0,63	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,63

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,22	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,22



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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP14 - Schmerzmanagement

B-[3600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[2400] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



PD Dr. med. Thomas Papatthemelis

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Thomas Papatthemelis
Telefon	09621 38 1371
Fax	09621 38 901371
E-Mail	frauenklinik@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Frauenklinik/index.php

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG00 - („Sonstiges“): Perinatalzentrum Level I VG00 - („Sonstiges“): („Sonstiges“)
2	<i>Diagnostik und Behandlung von Senkungsbeschwerden und von weiblicher Inkontinenz (ungewollter Urin- und Stuhlabgang) auch durch minimal invasive Operationen</i>
3	VG00 - („Sonstiges“): Zertifiziertes Brustzentrum und Gynäkologisches Krebszentrum
4	VG16 - Urogynäkologie <i>Urodynamischer Messplatz, medikamentöse und operative Therapie</i>
5	VG12 - Geburtshilfliche Operationen VG06 - Gynäkologische Chirurgie
6	<i>z.B. hysteroskopische und laparoskopische Behandlung von Myomen und Blutungsstörungen, laparoskopische Entfernung der Gebärmutter (LASH, TLH), Endoskopische Operationen auch bei Krebserkrankungen z.B. Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs. Endometrioseoperationen</i>
7	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie <i>Kinderwunschzentrum Amberg</i>
8	VG07 - Inkontinenzchirurgie <i>inclusive minimal-invasive Operationen z.B. TVT, subepitheliale Instillationen, laparoskopische Burch-Operation</i>



#	Medizinische Leistungsangebote
9	<p>VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie</p> <p><i>Verkleinerung Straffung und Vergrößerung der Brust, Lipofilling, Formkorrektur bei angeborenen oder erworbenen Deformierungen, Rekonstruktion (auch mit Eigengewebe) nach Brustentfernung,</i></p>
10	<p>VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie</p> <p><i>z.B. Ultraschallfeindiagnostik, Ersttrimesterscreening, Nackenfaltenmessung, Amniozentese</i></p>
11	<p>VG17 - Reproduktionsmedizin</p> <p><i>Kinderwunschzentrum Amberg</i></p>
12	<p>VG15 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>z.B. Senologie, Inkontinenz, Deszensus, familiäre Krebserkrankungen, Humangenetik, Kinderwunsch, Endometriose</i></p>
13	<p>VG05 - Endoskopische Operationen</p>
14	<p>VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes</p> <p><i>nsbesondere auch Endometriose</i></p>
15	<p>VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse</p>
16	<p>VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften</p> <p><i>Perinatalzentrum Level 1</i></p>
17	<p>VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren</p>
18	<p>VG19 - Ambulante Entbindung</p>
19	<p>VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>z.B. minimal invasive Entfernung von Fibroadenomen</i></p>
20	<p>VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes</p> <p><i>Perinatalzentrum Level 1</i></p>
21	<p>VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Ultraschallfeindiagn., Hochgeschw.stanzbiopsie, Vakuumsaugbiop. (Mammotom), Genet. Ber. und Abkl. bei familiärem Risiko, Konserv. von Ovarialgewebe vor Chemoth. bei Kinderwunsch, Onkoplast. und rekonstruktive Op- incl. Lappenplastiken. Endokrine Therap., Chemotherapie., Immuntherap., Integrat.Onkol.</i></p>
22	<p>VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane</p>

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

Vollstationäre Fallzahl	4812
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z04	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen	329
2	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	281
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	280
4	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	241
5	Z83	Andere spezifische Krankheiten in der Familienanamnese	224
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	217
7	O80	Spontangeburt eines Einlings	165
8	O70	Dammriss unter der Geburt	157
9	N80	Endometriose	142
10	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	129
11	O42	Vorzeitiger Blasensprung	121
12	D25	Leiomyom des Uterus	118
13	N81	Genitalprolaps bei der Frau	103
14	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	72
15	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	71
16	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	67
17	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	64
18	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	60



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	58
20	Z82	Bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese, die zu Schädigung oder Behinderung führen	57
21	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	57
22	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	55
23	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	50
24	P21	Asphyxie unter der Geburt	49
25	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	46
26	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	45
27	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	43
28	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	43
29	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	39
30	O65	Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	38

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-749	Andere Sectio caesarea	759
2	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	600
3	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	593
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	417
5	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	413
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	335
7	5-661	Salpingektomie	323



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	275
9	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	270
10	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	251
11	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	249
12	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	225
13	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	222
14	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	220
15	5-569	Andere Operationen am Ureter	194
16	5-738	Episiotomie und Naht	189
17	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	185
18	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	139
19	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	131
20	5-728	Vakuumentbindung	119
21	5-469	Andere Operationen am Darm	113
22	5-653	Salpingoovariektomie	106
23	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	103
24	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	82
25	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	81
26	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	80
27	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	76
28	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	73
29	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	71
30	9-984	Pflegebedürftigkeit	70

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren



B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten: <i>Privatsprechstunde, Kinderwunschsprechstunde, Sprechstunde für Hormonstörungen; weiterhin wird angeboten: Sprechstunde für amerikanische Patientinnen; Ultraschallsprechstunde insbesondere Organultraschall; Humangenetische Beratung</i>
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Gynäkologie Schwangerschaft Humangenetik

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG00 - („Sonstiges“)
2	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
3	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
4	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
6	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
7	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes



#	Ambulanz	Leistung
8	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
10	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG05 - Endoskopische Operationen
11	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
12	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
13	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG07 - Inkontinenzchirurgie
14	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
15	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
16	Im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen und Kooperationen werden u.a. folgende Leistungen angeboten:	VG15 - Spezialsprechstunde

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	442



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	66
3	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	60
4	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	59
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	54
6	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	39
7	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	21
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	15
9	5-469	Andere Operationen am Darm	10
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	7
11	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	7
12	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	4
13	5-661	Salpingektomie	4
14	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	4
15	5-653	Salpingoovariektomie	< 4
16	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
17	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
18	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
19	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
20	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4
21	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4

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	18,02	Fälle je VK/Person	314,304382
Beschäftigungsverhältnis	Mit 18,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 2,71	Stationär	15,31

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,2	Fälle je VK/Person	615,3453
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,38	Stationär	7,82

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
2	AQ17 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
3	AQ15 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
4	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Zertifikat "Qualifikationsstufe AGUB I" sowie Beratungsstelle der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

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

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



Gesamt		25,43	Fälle je VK/Person	193,954056
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,62	Stationär	24,81

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

Gesamt		12,51	Fälle je VK/Person	394,10318
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	12,21

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,64	Fälle je VK/Person	3007,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,04	Stationär	1,6

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 <i>Pflegeexperten für Brustkrankungen, Laktationsberaterin, onkologische Fachschwester</i>
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

Yoga
 Kinästhetik Infant Handling
 Fit for Baby
 Homöopathie
 Geschwisterkurse

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik



#	Zusatzqualifikation
2	ZP03 - Diabetes z. B. Diabetesberatung
3	ZP06 - Ernährungsmanagement
4	ZP22 - Atmungstherapie
5	ZP28 - Still- und Laktationsberatung z. B. Still- und Laktationsberater (IBCLC)

B-[2400].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[1000] Klinik für Kinder und Jugendliche



Dr. med. Andreas Fiedler

B-[1000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kinder und Jugendliche

B-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1000 - Pädiatrie

B-[1000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Fiedler
Telefon	09621 38 1281
Fax	09621 38 1178
E-Mail	fiedler.andreas@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Kinderklinik/index.php

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
2	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
3	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
4	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
5	VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
6	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
7	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
8	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
10	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
11	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
12	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
13	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
14	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
15	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener



#	Medizinische Leistungsangebote
16	VK23 - Versorgung von Mehrlingen
17	VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
18	VK25 - Neugeborenencreening
19	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
20	VK28 - Pädiatrische Psychologie
21	VK29 - Spezialsprechstunde
22	VK31 - Kinderchirurgie
23	VK32 - Kindertraumatologie
24	VK34 - Neuropädiatrie
25	VK36 - Neonatologie
26	VK37 - Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
27	VK00 - („Sonstiges“): Sozialmedizinische Nachsorge <i>Harl.e.kin-Nachsorge für früh- und risikogeborene Kinder und ihre Familien</i>
28	VK00 - („Sonstiges“): Pädiatrische Palliativmedizin <i>Kinderpalliativteam Ostbayern Tel. 09621/38-1108 Fax 09621/38-1180</i>
29	VK00 - („Sonstiges“): Gastroenterologische Versorgung
30	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
31	VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation

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

Vollstationäre Fallzahl	2285
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	233



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	J20	Akute Bronchitis	130
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	129
4	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	113
5	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	109
6	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	99
7	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	72
8	R55	Synkope und Kollaps	56
9	J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	52
10	G40	Epilepsie	50
11	R51	Kopfschmerz	49
12	R07	Hals- und Brustschmerzen	41
13	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	38
14	R11	Übelkeit und Erbrechen	36
15	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	35
16	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	32
17	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	31
18	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	30
19	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	29
20	I95	Hypotonie	29
21	R06	Störungen der Atmung	28
22	J21	Akute Bronchiolitis	28
23	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	27
24	J45	Asthma bronchiale	27
25	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	25
26	J03	Akute Tonsillitis	24
27	Z04	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen	24



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	23
29	P59	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	21
30	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	18

B-[1000].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	2034
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1497
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	368
4	8-390	Lagerungsbehandlung	183
5	8-121	Darmspülung	129
6	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	127
7	9-401	Psychosoziale Interventionen	109
8	8-903	(Analgo-)Sedierung	107
9	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	106
10	8-560	Lichttherapie	103
11	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	99
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	75
13	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	44
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	34
15	5-259	Andere Operationen an der Zunge	29
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	28
17	8-547	Andere Immuntherapie	24



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	24
19	9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	20
20	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	20
21	9-500	Patientenschulung	20
22	8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	19
23	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	19
24	1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung	17
25	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	16
26	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	15
27	8-811	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen	14
28	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	9
29	1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	9
30	8-712	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen	7

B-[1000].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Neuropädiatrische Spezialambulanz <i>Epilepsie (auf Zuweisung durch Vertragsärzte); Neuropädiatrische Erkrankungen (auf Zuweisung von Kinderärzten, Neurologen und Neurochirurgen); Weiterhin wird angeboten: Botulinustoxin-Sprechstunde; Behandlung von Wachstumsstörungen</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Spezialambulanz Kinderreumatologie und chronische Entzündungen <i>Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei kindlichen rheumatischen Erkrankungen auf Überweisung durch Vertragsärzte</i>
3	AM07 - Privatambulanz	Kinderärztliche Praxis



#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Pulmologische Spezialambulanz <i>Lungenerkrankungen (inkl. DMP) auf Zuweisung durch Vertragsärzte. Weiterhin wird angeboten: Baby-Bodyplethysmographie</i>
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Kinder-Notfallaufnahme
6	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	
7	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
8	AM14 - Ambulanz im Rahmen von DMP	

B-[1000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Neuropädiatrische Spezialambulanz	VK34 - Neuropädiatrie
2	Pulmologische Spezialambulanz	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
3	Spezialambulanz Kinderreumatologie und chronische Entzündungen	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen

B-[1000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1000].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[1000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1000].11 Personelle Ausstattung



B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	23,43	Fälle je VK/Person	105,934174
Beschäftigungsverhältnis	Mit 23,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,86	Stationär	21,57

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9,28	Fälle je VK/Person	267,5644
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,74	Stationär	8,54

B-[1000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ34 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
2	AQ35 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
3	AQ36 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
4	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin und Qualifikationsnachweis "Fachgebundene genetische Beratung"

B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF20 - Kinder-Pneumologie
2	ZF07 - Diabetologie
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF30 - Palliativmedizin
6	ZF21 - Kinder-Rheumatologie



B-[1000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

38,5

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

Gesamt	47,61	Fälle je VK/Person	47,99412
Beschäftigungsverhältnis	Mit 47,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	47,61

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	6,23	Fälle je VK/Person	366,773682
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,23

B-[1000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Kinästhetik Infant Handling

Sutrprävention und Mobilitätsförderung

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP20 - Palliative Care



#	Zusatzqualifikation
4	ZP03 - Diabetes z. B. <i>Diabetesberatung</i>
5	ZP28 - Still- und Laktationsberatung z. B. <i>Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>

B-[1000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[2200] Klinik für Urologie



Dr. med. Ralf Weiser

B-[2200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Urologie

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[2200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ralf Weiser
Telefon	09621 38 1407
Fax	09621 38 1756
E-Mail	urologie@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Urologie/index.php

B-[2200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG16 - Urogynäkologie
2	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
3	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
4	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
5	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
7	VU14 - Spezialsprechstunde <i>Andrologie, Prostata-Karzinom</i>
8	VU13 - Tumorchirurgie
9	VU08 - Kinderurologie
10	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
12	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
13	VU17 - Prostatazentrum
14	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
15	VU09 - Neuro-Urologie



B-[2200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1405
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Nieren- und Ureterstein	229
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	156
3	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	142
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	123
5	N40	Prostatahyperplasie	98
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	94
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	48
8	N30	Zystitis	42
9	R77	Sonstige Veränderungen der Plasmaproteine	39
10	N35	Harnröhrenstriktur	36
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	32
12	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	21
13	N45	Orchitis und Epididymitis	20
14	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	20
15	R33	Harnverhaltung	18
16	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	16
17	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	14
18	N17	Akutes Nierenversagen	14
19	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	13
20	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	13
21	N21	Stein in den unteren Harnwegen	12



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	12
23	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	10
24	A41	Sonstige Sepsis	10
25	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	9
26	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	9
27	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	9
28	N81	Genitalprolaps bei der Frau	8
29	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	7
30	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	705
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	259
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	198
4	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	166
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	140
6	5-572	Zystostomie	139
7	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	125
8	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	118
9	3-13f	Zystographie	103
10	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	91
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	85



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	83
13	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	64
14	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	64
15	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	62
16	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	59
17	5-640	Operationen am Präputium	49
18	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	49
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	46
20	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	44
21	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	40
22	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	35
23	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	34
24	1-334	Urodynamische Untersuchung	31
25	5-553	Partielle Resektion der Niere	30
26	5-554	Nephrektomie	24
27	5-622	Orchidektomie	24
28	5-603	Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	21
29	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	20
30	8-903	(Analgo-)Sedierung	19

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren



B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	ESWL
2	AM07 - Privatambulanz	Amb. Urologie
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulante Urologie <i>Weiterhin werden u.a. folgende Leistungen ambulant erbracht: Einlegen und Wechsel von Harnleiterschienen; kleine Eingriffe am äußeren Genitale</i>
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	

B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Amb. Urologie	VU00 - („Sonstiges“)
2	Ambulante Urologie	VU00 - („Sonstiges“)
3	ESWL	VU00 - („Sonstiges“)

B-[2200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2200].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	188
2	5-640	Operationen am Präputium	28
3	5-572	Zystostomie	17
4	5-611	Operation einer Hydrocele testis	7
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	5



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	5
7	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	4
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	4
9	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
10	5-621	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
11	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
12	5-624	Orchidopexie	< 4
13	5-612	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe	< 4
14	5-633	Epididymektomie	< 4
15	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	< 4

B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2200].11 Personelle Ausstattung

B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,25	Fälle je VK/Person	206,921951	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,46	Stationär	6,79

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,68	Fälle je VK/Person	320,045563	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,68	Ohne	0



Versorgungsform	Ambulant	0,29	Stationär	4,39
-----------------	----------	------	-----------	------

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie und fakultative Weiterbildung "Spezielle Urologische Chirurgie"

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	16,15	Fälle je VK/Person	86,99691	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,15

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

Gesamt	0,79	Fälle je VK/Person	1778,481	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,79



B-[2200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP09 - Kontinenzmanagement
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP16 - Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
4	ZP01 - Basale Stimulation

B-[2200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[2700] Belegabteilung für Augenheilkunde



Axel Fehn



Dr. Lisa Bedernik

B-[2700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Belegabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Belegabteilung für Augenheilkunde



B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

B-[2700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Axel Fehn
Telefon	09621 13480
Fax	09621 33214
E-Mail	info@augenpraxisklinik-amberg.de
Strasse	Marienstraße
Hausnummer	3
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.augenpraxisklinik-amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Lisa Bedernik
Telefon	09621 13480
Fax	09621 33214
E-Mail	info@augenpraxisklinik-amberg.de
Strasse	Marienstraße
Hausnummer	3
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.augenpraxisklinik-amberg.de

B-[2700].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-[2700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
2	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
3	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
4	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
5	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
6	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
7	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
8	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
9	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
10	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
11	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
12	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
13	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
14	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
15	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva

B-[2700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H26	Sonstige Kataraktformen	4

B-[2700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-156	Andere Operationen an der Retina	413
2	5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	125
3	5-097	Blepharoplastik	8
4	5-090	Inzision des (erkrankten) Augenlides	5
5	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	4
6	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
7	5-086	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes	< 4
8	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<p>Folgende ambulante Leistungen werden angeboten</p> <p><i>Einspritzung eines Medikaments (z.B.: Lucentis, Macugen, Triamcinolon) in den Glaskörper bei feuchter altersbedingter Maculopathie (AMD) mit 582 amb. Eingriffen; Katarakt Operation mit 427 amb. Eingriffen; Refraktive Chirurgie mit dem Excimer-Laser (Korrektur von Myopie, Hyperopie und Astigmatismus);</i></p>



B-[2700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
2	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
3	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
4	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
5	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
6	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
7	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
8	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
9	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
10	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
11	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
12	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde



#	Ambulanz	Leistung
13	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
14	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
15	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
16	Folgende ambulante Leistungen werden angeboten	VA17 - Spezialsprechstunde

B-[2700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	108
2	5-097	Blepharoplastik	5
3	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	< 4
4	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4

B-[2700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2700].11 Personelle Ausstattung



B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	0
--------	---	--------------------	---

B-[2700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ04 - Augenheilkunde

B-[2700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2700].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	1,68	Fälle je VK/Person	2,45399	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	1,63

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

Gesamt	0,43	Fälle je VK/Person	9,52381	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,01	Stationär	0,42

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,08	Fälle je VK/Person	50	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,08

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,14	Fälle je VK/Person	30,76923
--------	------	--------------------	----------



Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,01	Stationär	0,13

B-[2700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[2700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP01 - Basale Stimulation

B-[2700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[3500] Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



Dr. med. Dr. med. dent. Bernhard Lehner



Dr. med. (H) Dr. med. dent. Monika Krönes

B-[3500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Belegabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

B-[3500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 3500 - Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie



B-[3500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dr. med. dent. Bernhard Lehner
Telefon	09621 38 1891
Fax	09621 38 1434
E-Mail	Anmeldung@gesundheitszentrum.klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/de/medizin/gesundheitszentrum-st-marien/mund-kiefer-und-gesichtschirurgie/mund-kiefer-gesichtschirurgie.php
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. (H) Dr. med. dent. Monika Krönes
Telefon	09621 38 1891
Fax	09621 38 1434
E-Mail	Anmeldung@gesundheitszentrum.klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg
Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/de/medizin/gesundheitszentrum-st-marien/mund-kiefer-und-gesichtschirurgie/mund-kiefer-gesichtschirurgie.php

B-[3500].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-[3500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VZ18 - Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs
2	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
4	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
5	VZ20 - Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
6	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
7	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
8	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
9	VZ03 - Dentale Implantologie
10	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
11	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
12	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
13	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
14	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
15	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

B-[3500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	7
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	< 4
2	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	< 4
3	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	< 4



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	< 4
5	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	< 4

B-[3500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-230	Zahnextraktion	15
2	5-766	Reposition einer Orbitafraktur	< 4
3	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4
4	5-760	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur	< 4
5	5-270	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	< 4
6	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
7	5-776	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes	< 4
8	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	< 4

B-[3500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizini-schen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH
2	AM07 - Privatambulanz	Amb. Behandlung von Patienten im Medizini-schen Versorgungszent-rum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH



B-[3500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
2	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ03 - Dentale Implantologie
3	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
4	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
5	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
6	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
7	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
8	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
9	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ03 - Dentale Implantologie
10	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie
11	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
12	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
13	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
14	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
15	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
16	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich



#	Ambulanz	Leistung
17	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizini-schen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ11 - Endodontie
18	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizini-schen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
19	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizini-schen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[3500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3500].11 Personelle Ausstattung

B-[3500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	0
--------	---	--------------------	---

B-[3500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie



B-[3500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen

B-[3500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt	0,84	Fälle je VK/Person	8,33333	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,84

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

Gesamt	0,22	Fälle je VK/Person	31,81818	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,22

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,04	Fälle je VK/Person	175	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,04

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,07	Fälle je VK/Person	100	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,07

B-[3500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches



#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
---	--

2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
---	---------------------------------------

3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
---	---

4	PQ20 - Praxisanleitung
---	------------------------

B-[3500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
---	---------------------

1	ZP08 - Kinästhetik
---	--------------------

2	ZP01 - Basale Stimulation
---	---------------------------

B-[3500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[2600] Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde



Dr. med Wolfram Schwender



Dr. med. Dirk Schürfeld



Dr. med. Nina Jakobitz



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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

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
Titel, Vorname, Name	Dr. med Wolfram Schwender
Telefon	09621 23024
Fax	09621 23023
E-Mail	schwender.wolfram@Klinikum-Amberg.de
Strasse	Marienstraße
Hausnummer	9
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	http://www.HNO-Amberg.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Schürfeld
Telefon	09621 23024
Fax	09621 23023
E-Mail	schuerfeld.dirk@Klinikum-Amberg.de
Strasse	Marienstraße
Hausnummer	9
PLZ	92224



Ort	Amberg
URL	http://www.HNO-Amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Nina Jakobitz
Telefon	09621 23024
Fax	09621 23023
E-Mail	ninajakobitz@gmail.com
Strasse	Marienstraße
Hausnummer	9
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	http://www.HNO-Amberg.de

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
2	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
4	VH04 - Mittelohrchirurgie
5	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
6	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
7	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
8	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
9	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
10	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege



#	Medizinische Leistungsangebote
11	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
12	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
13	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
14	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
15	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
16	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
17	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
18	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
19	VH23 - Spezialsprechstunde
20	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
21	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
22	VH25 - Schnarchoperationen
23	VH00 - („Sonstiges“): Funktionelle und plastisch-ästhetische Korrekturen an Nase, Ohren und Gesicht
24	VH00 - („Sonstiges“): Traumatologie
25	VH00 - („Sonstiges“): Sanierende und hörverbessernde mikrochirurgische Ohren-OP
26	VH00 - („Sonstiges“): Endonasale endoskopische Nasennebenhöhlen OP

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

Vollstationäre Fallzahl	4
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	< 4
3	J32	Chronische Sinusitis	< 4



B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	79
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	40
3	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	40
4	5-200	Parazentese [Myringotomie]	36
5	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	11
6	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	10
7	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	8
8	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	7
9	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	5
10	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	4
11	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	4
12	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
13	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	< 4
14	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	< 4
15	5-201	Entfernung einer Paukendrainage	< 4
16	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	< 4
17	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	< 4
18	5-983	Reoperation	< 4
19	5-284	Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille	< 4

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren



B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<p>Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:</p> <p><i>OP mehr. Nasennebenh.; OP Entf./Wiederh. der Nasenscheidew.; OP Entf. Gaumenmandeln (o. Entf. Rachenmand.); Tonsill. o. Adenot; OP Entf. Rachenmand./Wuch.; OP Entf./Zerst. erkr. Gew. Kehlk.; OP Korr. innere und äuß. Nase; OP Verschl. des Trommelfells o. wiederherst. Eingr. an Gehörmuscheln</i></p>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
2	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
3	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
4	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
5	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
6	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
7	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
8	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
9	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
10	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
11	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen



#	Ambulanz	Leistung
12	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
13	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH25 - Schnarchoperationen
14	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
15	Folgende ambulante Leistungen werden im Bereich Hals-Nasen-Ohren angeboten:	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	60
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	31
3	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	29
4	5-200	Parazentese [Myringotomie]	21
5	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	6
6	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	5
7	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	< 4
8	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
9	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	< 4
10	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	< 4

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	3	Fälle je VK/Person	0
--------	---	--------------------	---

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	1,26	Fälle je VK/Person	3,1746	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,26

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

Gesamt	0,33	Fälle je VK/Person	12,12121	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,06	Fälle je VK/Person	66,66667	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06



Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	40
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

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
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik

B-[2600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[2300] Belegabteilung für Orthopädie



Dr. med. Peter Eibl



Dr. med. Alois Distler



Dr. med. Ulrike Laupichler



Dr. med. Markus Pfeiffer

B-[2300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Belegabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Belegabteilung für Orthopädie

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2300 - Orthopädie

B-[2300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Eibl
Telefon	09621 916330
Fax	09621 9163319
E-Mail	info@orthmed-amberg.de
Strasse	Emailfabrikstraße
Hausnummer	19
PLZ	92224



Ort	Amberg
URL	http://www.orthomed-Amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Alois Distler
Telefon	09621 916330
Fax	09621 9163319
E-Mail	info@orthmed-amberg.de
Strasse	Emailfabrikstraße
Hausnummer	19
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	http://www.orthomed-Amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrike Laupichler
Telefon	09621 916330
Fax	09621 9163319
E-Mail	info@orthmed-amberg.de
Strasse	Emailfabrikstraße
Hausnummer	19
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	http://www.orthomed-Amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Markus Pfeiffer
Telefon	09621 916330
Fax	09621 9163319
E-Mail	info@orthmed-amberg.de
Strasse	Emailfabrikstraße
Hausnummer	19
PLZ	92224
Ort	Amberg



URL	http://www.orthomed-Amberg.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Marcus Hofmann
Telefon	09621 7737-0
Fax	09621 7737- 17
E-Mail	info@orthmed-amberg.de
Strasse	Am Butzenweg
Hausnummer	6
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.orthmed-amberg.de/kuemmersbruck.html

B-[2300].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-[2300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
2	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
3	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
4	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
5	VC66 - Arthroskopische Operationen
6	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
7	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
8	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
9	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
10	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
11	VO15 - Fußchirurgie



#	Medizinische Leistungsangebote
12	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
13	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
14	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
15	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
16	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
17	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
18	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
19	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
20	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
21	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
22	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
23	VO14 - Endoprothetik
24	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
25	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

B-[2300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	176
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	55
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	44
3	M75	Schulterläsionen	17
4	M47	Spondylose	16
5	M48	Sonstige Spondylopathien	11
6	M19	Sonstige Arthrose	7



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	6
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	5
9	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
10	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
11	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	< 4
12	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
13	M71	Sonstige Bursopathien	< 4
14	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	< 4
15	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	< 4
16	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	< 4
17	M54	Rückenschmerzen	< 4
18	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	240
2	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	148
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	136
4	5-845	Synovialektomie an der Hand	109
5	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	71
6	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	66
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	59
8	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	59



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	55
10	5-844	Operation an Gelenken der Hand	46
11	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	45
12	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	45
13	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	44
14	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	40
15	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	38
16	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	29
17	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	29
18	5-849	Andere Operationen an der Hand	26
19	5-808	Offen chirurgische Arthrodesese	23
20	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	23
21	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	20
22	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	18
23	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	17
24	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	15
25	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	15
26	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	15
27	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	14
28	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	14
29	5-836	Spondylodese	14
30	5-83w	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule	11

B-[2300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
---	------------------	--------------------------



#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	<p>Von den Belegärzten der Orthopädie werden folgende ambulante Leistungen angeboten:</p> <p><i>Eingriff mit Aufheb. der Nervenfunktion o. zur Druckentl. eines Nervs; OP Gelenk durch Spiegel.; OP am Gelenkknorpel bzw. an den an den Knorp. Zw.scheiben d. Kniegelenk. durch Spiegel.; OP an den Bändern Hand; OP an den Sehnen Hand; OP an Gelenkinnenhaut durch Spiegel.; Unters. Gelenk durch Spiegel.</i></p>

B-[2300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Von den Belegärzten der Orthopädie werden folgende ambulante Leistungen angeboten:	VC66 - Arthroskopische Operationen
2	Von den Belegärzten der Orthopädie werden folgende ambulante Leistungen angeboten:	VO15 - Fußchirurgie
3	Von den Belegärzten der Orthopädie werden folgende ambulante Leistungen angeboten:	VO16 - Handchirurgie
4	Von den Belegärzten der Orthopädie werden folgende ambulante Leistungen angeboten:	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen

B-[2300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-841	Operationen an Bändern der Hand	130
2	5-845	Synovialektomie an der Hand	101
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	54
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	54
5	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	45
6	5-844	Operation an Gelenken der Hand	43
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	38



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	30
9	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	27
10	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	24
11	5-849	Andere Operationen an der Hand	21
12	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	19
13	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	18
14	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	13
15	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	9
16	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	9
17	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	7
18	5-808	Offen chirurgische Arthrodesen	6
19	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
20	5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	4
21	5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	4
22	5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	4
23	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	4
24	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide	< 4
26	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	< 4
27	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
28	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
29	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
30	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4

B-[2300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein



B-[2300].11 Personelle Ausstattung

B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	0
--------	---	--------------------	---

B-[2300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2300].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	5,14	Fälle je VK/Person	34,24125	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,14

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,13	Fälle je VK/Person	1353,84619	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,13

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,3	Fälle je VK/Person	586,6666	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3



B-[2300].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

B-[2300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP08 - Kinästhetik

B-[2300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[3753] Tagesklinik für Schmerztherapie



Dr. med. Ursula Kleine

B-[3753].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinik für Schmerztherapie

B-[3753].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3753 - Schmerztherapie

B-[3753].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ursula Kleine
Telefon	09621 38 1597
Fax	09621 38 1586
E-Mail	kleine.ursula@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/schmerztagesklinik/index.php

B-[3753].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-[3753].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA00 - („Sonstiges“) <i>Tagesklinik für Schmerztherapie Stationäre multimodale Schmerztherapie</i>

B-[3753].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	170

B-[3753].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3753].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	127
2	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	9
3	M54.4	Lumboischialgie	7
4	F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	6



#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
5	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich	4
6	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	< 4
7	G62.1	Alkohol-Polyneuropathie	< 4
8	G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]	< 4
9	M24.47	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
10	M99.63	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Lumbalbereich [lumbosakral]	< 4
11	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	< 4
12	M50.2	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung	< 4
13	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
14	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	< 4
15	R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	< 4

B-[3753].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	1296
2	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	227
3	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	74
4	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	18
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4

B-[3753].7.2 Kompetenzprozeduren

**B-[3753].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schmerzambulanz

B-[3753].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Schmerzambulanz	VX00 - („Sonstiges“)

B-[3753].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[3753].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3753].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[3753].11 Personelle Ausstattung**B-[3753].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	2,18	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,11	Stationär	2,07

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt		2,18	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,11	Stationär	2,07

B-[3753].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

B-[3753].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[3753].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		1,39	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,39

**B-[3753].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /
akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege



B-[3753].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik

B-[3753].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



B-[3751] Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie



Prof. Dr. med. Christian Ritter

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für diagnostische und interventionelle 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	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Christian Ritter
Telefon	09621 38 1411
Fax	09621 38 1592
E-Mail	radiologie@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Institut_Diagnostische_und_Interventionelle_Radiologie/index.php

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	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
2	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
3	VR18 - Szintigraphie
4	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
5	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
6	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
7	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
8	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
9	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
10	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
11	VR15 - Arteriographie
12	VR16 - Phlebographie
13	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
14	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
15	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
16	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen



#	Medizinische Leistungsangebote
17	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
18	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
19	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
20	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
21	VR44 - Teleradiologie <i>Teleradiologische Konsile mit dem Klinikum Weiden im Rahmen der Schlaganfallversorgung</i>
22	VR47 - Tumorembolisation
23	VR43 - Neuroradiologie
24	VX00 - („Sonstiges“): Angiographische Intervention
25	VR41 - Interventionelle Radiologie
26	VR42 - Kinderradiologie
27	VR17 - Lymphographie

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3751].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3751].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	9202
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4843
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2961



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	2789
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2788
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1704
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1320
8	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1210
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	1113
10	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1084
11	3-100	Mammographie	862
12	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	810
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	806
14	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	769
15	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	681
16	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	676
17	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	648
18	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	646
19	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	643
20	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	632
21	3-202	Native Computertomographie des Thorax	622
22	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	616
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	598
24	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	594
25	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	559
26	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	501
27	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	420
28	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	375
29	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	354
30	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	306



B-[3751].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Amb. Behandlungsmöglichkeiten: <i>Begrenzter Zuweiserkreis</i>
2	AM07 - Privatambulanz	Ambu Behandlungsmöglichkeiten
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Praxis für Radiologie <i>Kernspintomographie (MRT) Computertomographie (CT) Digitales Röntgen Knochendichtemessung Befundbesprechung</i>
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Praxis für Nuklearmedizin <i>SD-Diagnostik Skelettszintigraphie Myokardszintigraphie (Herzmuskeluntersuchung) Nierenfunktionsszintigraphie Lungenszintigraphie Wächter-Lymphknoten-Darstellung</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR00 - („Sonstiges“): Ambulante Durchführung von röntgengesteuerten Vakuumsaugbiopsien der Brust
2	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR00 - („Sonstiges“): Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Interventionellen Radiologie
3	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR15 - Arteriographie
4	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
6	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR10 - Computertomographie (CT), nativ



#	Ambulanz	Leistung
7	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
8	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
9	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR42 - Kinderradiologie
10	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
11	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
12	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
13	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
14	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
15	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR43 - Neuroradiologie
16	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR16 - Phlebographie
17	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
18	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
19	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
20	Amb. Behandlungsmöglichkeiten:	VR18 - Szintigraphie
21	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR00 - („Sonstiges“)
22	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR15 - Arteriographie
23	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung



#	Ambulanz	Leistung
24	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
25	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
26	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
27	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
28	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR41 - Interventionelle Radiologie
29	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
30	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR42 - Kinderradiologie
31	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
32	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
33	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
34	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
35	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR16 - Phlebographie
36	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
37	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
38	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
39	Ambu Behandlungsmöglichkeiten	VR18 - Szintigraphie

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	28
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	24
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	6
4	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4
5	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	< 4
6	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	< 4
7	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
8	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	< 4

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

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

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	12,63	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,79	Stationär	9,84

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	9	Fälle je VK/Person	0	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9	Ohne	0



Versorgungsform

Ambulant

1,98

Stationär

7,02

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ55 - Radiologie, SP Kinderradiologie
2	AQ54 - Radiologie
3	AQ44 - Nuklearmedizin

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[3751].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

38,5

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**



B-[3300] Klinik für Strahlentherapie



Dr. med. Matthias Hipp

B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3300 - Strahlenheilkunde

B-[3300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Matthias Hipp
Telefon	09621 38 1621
Fax	09621 38 1424
E-Mail	strahlentherapie@klinikum-amberg.de
Strasse	Mariahilfbergweg



Hausnummer	7
PLZ	92224
Ort	Amberg
URL	https://www.klinikum-amberg.de/medizin/kliniken_und_fachbereiche/Strahlentherapie/index.php

B-[3300].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-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung <i>4D-Bestrahlungsplanung unter Berücksichtigung der Atemzyklen bei Lungentumoren</i>
2	VX00 - („Sonstiges“): Spezielle Ernährungstherapie während Strahlentherapie <i>Spezialsprechstunde mit Ernährungstherapie ambulant/stationär; z.B. mit oraler Zusatzernährung, Sonden oder Infusionen</i>
3	VX00 - („Sonstiges“): Radiochemotherapie <i>z.B. bei Hirntumoren, Kopf-, Hals-, Lungen-, Speiseröhren-, Magen-, Bauchspeicheldrüsen-, Blasen-, Rektum- und Analkarzinom, Gynäkologische Tumoren</i>
4	VX00 - („Sonstiges“): Stereotaktische Strahlentherapie an Kopf und Körper <i>in bildgeführter Hochpräzisionstechnik (Stereotaxie) mit Micro-Multileafkollimator</i>
5	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie <i>Virtuelle Simulation</i>
6	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionuklid <i>HDR-Brachytherapie intracavitär</i>
7	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie <i>3D-Bestrahlungsplanung einschliesslich Brachytherapie, Einbindung von MRT und PET-CT</i>



#	Medizinische Leistungsangebote
8	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie <i>in Elektronen- und Photonentechnik</i>
9	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie <i>z.B. VMAT (volumenmodulierte Arc-Therapie)</i>
10	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie <i>z.B. Einsatz von Multi-Leaf-Collimator; Hochpräzisionslagerung mit individuellen Immobilisationshilfen</i>
11	VR45 - Intraoperative Bestrahlung <i>ab 3/2016 intraoperative Strahlentherapie der Brust</i>

B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	843
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	451
3	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	91
4	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	88
5	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	39
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	5



7

8-52d

Intraoperative Strahlentherapie mit Röntgenstrahlung

< 4

B-[3300].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH <i>zu VR 36: virtuelle Simulation</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH <i>zu VR 36: virtuelle Simulation</i>
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Allgemeine Leistungen Strahlentherapie Chemotherapie Begleitbehandlung - Bestrahlung im Brustbereich Begleitbehandlung - Bestrahlung Kopf-Hals-Bereich Begleitbehandlung - Bestrahlung weibliche Geschlechtsorgane</i>

B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR00 - („Sonstiges“)
2	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
3	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
4	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden



#	Ambulanz	Leistung
5	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
6	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	Amb. Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie
8	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR00 - („Sonstiges“)
9	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
10	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
11	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
12	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
13	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
14	Ambulante Behandlung von Patienten im Medizinischen Versorgungszentrum Gesundheitszentrum St. Marien GmbH	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie

B-[3300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

**B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[3300].11 Personelle Ausstattung**B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	0,58	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,58

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	0,58	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,58

B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ58 - Strahlentherapie

B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[3300].11.2 Pflegepersonal**

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



B-[3300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher - Implantation	
Fallzahl	88
Dokumentationsrate	102,3
Anzahl Datensätze Standort	90
09/2 - Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	
Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8
09/3 - Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
Fallzahl	35
Dokumentationsrate	102,9
Anzahl Datensätze Standort	36
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	
Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	120
Anzahl Datensätze Standort	6
10/2 - Karotis-Revaskularisation	



Fallzahl	45
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	45

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	585
Dokumentationsrate	102,6
Anzahl Datensätze Standort	600

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	1484
Dokumentationsrate	99,2
Anzahl Datensätze Standort	1472

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	104
Dokumentationsrate	101,9
Anzahl Datensätze Standort	106

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	292
Dokumentationsrate	101
Anzahl Datensätze Standort	295

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	465
Dokumentationsrate	101,1
Anzahl Datensätze Standort	470

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	196
Dokumentationsrate	100,5
Anzahl Datensätze Standort	197

HEP_IMP - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	188
Dokumentationsrate	99,5
Anzahl Datensätze Standort	187

HEP_WE - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	111,1
Anzahl Datensätze Standort	10



KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	86
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	86
KEP_IMP - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	83
Dokumentationsrate	98,8
Anzahl Datensätze Standort	82
KEP_WE - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	4
NEO - Neonatologie	
Fallzahl	215
Dokumentationsrate	100,5
Anzahl Datensätze Standort	216
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	320
Dokumentationsrate	103,8
Anzahl Datensätze Standort	332
HCH - Herzchirurgie	
Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18
HCH_MK_KATH - Herzchirurgie: Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe	
Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	1149
Dokumentationsrate	100,4
Anzahl Datensätze Standort	1154

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	98,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,11 - 99,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	332
Beobachtete Ereignisse	326
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	unverändert

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

Ergebnis-ID	2006
--------------------	-------------



Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>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	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	98,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,48 - 99,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	328
Beobachtete Ereignisse	323

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
	<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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

4. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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.
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21



Rechnerisches Ergebnis	86,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,66 - 90,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	232
Beobachtete Ereignisse	201

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

5. 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
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	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	91,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,78 - 94,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	181
Beobachtete Ereignisse	166



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	unverändert

6. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	95,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,70 - 97,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	249
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 unverändert

7. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	99,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,76 - 99,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	249
Beobachtete Ereignisse	248

8. 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
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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	12,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,07 - 17,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	32

9. 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

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	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	97,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,94 - 98,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	248

10. 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	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	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	98,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,40 - 99,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	250
Beobachtete Ereignisse	245

11. 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
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	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

12. 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
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	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	86,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,66 - 90,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	232
Beobachtete Ereignisse	201

13. 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

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	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	92,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,10 - 95,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	147
Beobachtete Ereignisse	136

14. 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
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	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	94,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,91 - 97,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	211
Beobachtete Ereignisse	200

15. 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
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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	99,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,22 - 99,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	200
Beobachtete Ereignisse	199

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/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 1,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	304
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	40,58

17. 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
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	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	16,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,69 - 20,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	332
Beobachtete Ereignisse	54

18. 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:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	92,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,01 - 94,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	251
Beobachtete Ereignisse	231

19. 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
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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>

Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 1,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	17,86

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	93,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,32 - 95,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	325
Beobachtete Ereignisse	304
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

21. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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-</p>



	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 1,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	22,72
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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



	<p>Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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>
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,99 - 1,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20873
Beobachtete Ereignisse	98
Erwartete Ereignisse	81,64
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	unverändert

23. 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
	<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</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	



	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	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20873
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	unverändert

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

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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</p>



	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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<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	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 0,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20873
Beobachtete Ereignisse	11



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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 0,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20873
Beobachtete Ereignisse	86

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

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)



Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
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/. 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/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert



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

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

30. 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

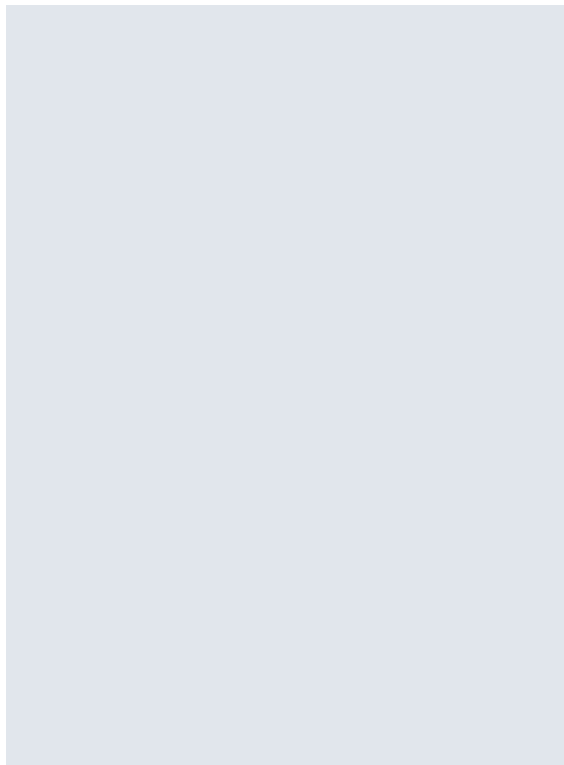
Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

31. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/>. 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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 2,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	494
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,02
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

32. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Rechnerisches Ergebnis	2,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,28 - 5,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	266
Beobachtete Ereignisse	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

34. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Rechnerisches Ergebnis	17,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,60 - 34,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

35. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	87,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,64 - 93,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	80
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/</p>
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86



Rechnerisches Ergebnis	0,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 1,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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



	arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 5,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

38. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (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:

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	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05



Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,68

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,58

39. 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
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/. 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/.</p>
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,00



Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 2,42
-------------------------------	-------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,01

40. 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
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	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	98,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,83 - 99,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	112
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	unverändert



41. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	49,02 - 94,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<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	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	12,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,62 - 21,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	9
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	unverändert

43. 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
	<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</p>



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 Stimmnahmeverfahren 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	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	98,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,27 - 99,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	148
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichts Jahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

44. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>welchen Ergebnissen 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>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 2,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	7,52
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	unverändert
45. 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
	<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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Stimmungsverfahren 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	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	93
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	unverändert

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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



Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 1,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,96

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

47. 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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichts Jahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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



	Referenzbereiche 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	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

50. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34



Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

51. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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</p>



	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 2,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	verbessert

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

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

53. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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	9,83
Vertrauensbereich bundesweit	9,60 - 10,06
Rechnerisches Ergebnis	8,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,53 - 15,35



Fallzahl

Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	9

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	unverändert

54. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/.</p>
--------------------------	--

Bundesergebnis	1,02
----------------	------



Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 1,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	12,63

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindicators

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

55. 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 Knochteile 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 Knochteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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</p>



	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	2,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,79 - 3,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	8,37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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/ . 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	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,36 - 2,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,38

57. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	97,35
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,48
Rechnerisches Ergebnis	96,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,03 - 98,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	91

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	unverändert

58. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,30
Rechnerisches Ergebnis	0,00



Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
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	unverändert
59. 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
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/. 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 Aggregatwechsel 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 entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J:</p>



	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	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,17 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	62
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	unverändert

60. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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</p>



	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	0,72
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,76
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,55
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

61. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (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	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 %
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 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	85,29



Vertrauensbereich Krankenhaus	69,87 - 93,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	29
63. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<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 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.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 7,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz



Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,65 (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. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,20
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,22



Fallzahl

Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0

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

65. 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
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/. 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/ehs150. 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:</p>



	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	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,36 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	36
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	unverändert

66. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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	1,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	2,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,36 - 10,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichts Jahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

67. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,53 - 92,16
Rechnerisches Ergebnis	93,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,14 - 97,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
68. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren 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; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,02 - 96,31
Rechnerisches Ergebnis	98,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 99,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	100
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	unverändert

69. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
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
70. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (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	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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



Fachlicher Hinweis IQTiG	Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren 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	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,62
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,13 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
72. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,54
Vertrauensbereich bundesweit	0,38 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
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	unverändert

73. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

74. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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 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	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,80 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	43
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	unverändert

75. 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



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/ 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.
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
76. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	



	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	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

77. 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
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	50,73
Vertrauensbereich bundesweit	50,37 - 51,10
Rechnerisches Ergebnis	81,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,19 - 88,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	71

78. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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 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/ehz150. 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	98,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,97 - 99,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	89
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	unverändert

79. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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-</p>



	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	0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 2,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

80. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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	2,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 12,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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

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

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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



	<p>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>
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,04
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

82. 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
	<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-</p>



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 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	89,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,23 - 94,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	88
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

83. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmverfahren 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	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 - 95,20
Rechnerisches Ergebnis	95,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,20 - 97,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	311
Beobachtete Ereignisse	296

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	unverändert

84. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52311
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



Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,20 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichts Jahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

85. 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
	<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:</p>



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: 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/ehs150. 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</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 - 99,65
Rechnerisches Ergebnis	98,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 99,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	76
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	unverändert

86. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Stimmnahmeverfahren 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,29
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
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	unverändert

87. 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



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/ .
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 68,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

88. 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



Fachlicher Hinweis IQTiG	fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmungsverfahren 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	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,59 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
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	unverändert

89. 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
	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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 4,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
90. 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 Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber



Fachlicher Hinweis IQTIG

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
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,60

91. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	3,50
Vertrauensbereich bundesweit	2,34 - 5,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

92. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	97,95
Vertrauensbereich bundesweit	97,39 - 98,39
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

93. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	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



94. 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 (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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:</p> <p>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	2,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

95. 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 und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	2,72 - 6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

96. 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

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen 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
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,36

Fallzahl



Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0

97. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	4,61
Vertrauensbereich bundesweit	3,82 - 5,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

98. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

99. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,91 - 1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,81 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	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

101. 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
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 - 99,38
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,20 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24



Beobachtete Ereignisse	24
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	unverändert

102. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 - 99,79
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,64 - 100,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16
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	unverändert
103. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
104. 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



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>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>Fallzahl</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	Datenschutz
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	Datenschutz
<p>Erwartete Ereignisse</p>	Datenschutz
<p>105. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	382000
<p>Leistungsbereich</p>	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
<p>Art des Wertes</p>	QI
<p>Bezug zum Verfahren</p>	DeQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/</p>
<p>Einheit</p>	%



Bundesergebnis	0,70
Vertrauensbereich bundesweit	0,53 - 0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,16 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	382005
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	382006
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der



Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichts Jahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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/>

108. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten	
Ergebnis-ID	372000
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	1,60
Vertrauensbereich bundesweit	1,45 - 1,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,96 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Ergebnis-ID	372001
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,35 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	372005
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird



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:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,88
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 2,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	372006
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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</p>



	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	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

Ergebnis-ID	352000
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	95,62
Vertrauensbereich bundesweit	95,35 - 95,87
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

113. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	352006
--------------------	---------------



Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
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:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 1,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	352007
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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</p>



	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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,33 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

115. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

Ergebnis-ID	362002
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	81,44
Vertrauensbereich bundesweit	80,41 - 82,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 68,57 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind



Ergebnis-ID	362018
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	6,10
Vertrauensbereich bundesweit	5,49 - 6,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	362019
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Ergebnis-ID	402002
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	12,20
Vertrauensbereich bundesweit	11,34 - 13,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 23,77 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
119. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde	
Ergebnis-ID	402006
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	97,18
Vertrauensbereich bundesweit	96,70 - 97,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 89,14 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

120. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind	
Ergebnis-ID	402010
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	3,12
Vertrauensbereich bundesweit	2,67 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	402011
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/</p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-



Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,69 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

122. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Ergebnis-ID	392002
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	4,12
Vertrauensbereich bundesweit	3,69 - 4,59
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 10,12 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

123. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde

Ergebnis-ID	392006
--------------------	---------------



Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	93,99
Vertrauensbereich bundesweit	93,42 - 94,51
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,24 - 99,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 83,33 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

124. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	392010
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
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



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	2,62
Vertrauensbereich bundesweit	2,28 - 3,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	392011
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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	0,91



Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 11,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

126. 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. 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
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl



Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	97,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,02 - 99,28

Fallzahl	
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	75
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	unverändert
128. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
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	unverändert
129. 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
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	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
130. 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	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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



Fachlicher Hinweis IQTiG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,89

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,19 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

131. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
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	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

132. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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</p>



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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	82
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichts Jahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

133. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	63
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	unverändert

135. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

Ergebnis-ID	54128
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,63 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	88

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators



Referenzbereich	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<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	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,42 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	99,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,46 - 99,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	202
Beobachtete Ereignisse	200

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	unverändert



137. 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
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	95,04
Vertrauensbereich bundesweit	94,52 - 95,52
Rechnerisches Ergebnis	93,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,67 - 98,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

138. 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
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	85,86
Vertrauensbereich bundesweit	85,40 - 86,30
Rechnerisches Ergebnis	97,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,42 - 99,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	112
Beobachtete Ereignisse	109
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

139. 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
	<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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,13
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	17
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	unverändert
140. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde	
Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<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	3,35
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

141. 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
	<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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	1,92
Vertrauensbereich bundesweit	1,80 - 2,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,69 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichts Jahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
142. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt	
Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	98,21
Vertrauensbereich bundesweit	98,11 - 98,30
Rechnerisches Ergebnis	99,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,72 - 99,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	218
Beobachtete Ereignisse	216
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	unverändert

143. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	96,99
Vertrauensbereich bundesweit	96,79 - 97,18
Rechnerisches Ergebnis	98,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,19 - 99,47

Fallzahl

Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	101

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	unverändert

144. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	98,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,70 - 99,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	201
Beobachtete Ereignisse	198
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	unverändert

145. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,39
Vertrauensbereich bundesweit	99,26 - 99,50
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,54 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	21
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	unverändert

146. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	10,66
Vertrauensbereich bundesweit	10,41 - 10,91
Rechnerisches Ergebnis	7,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,28 - 11,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	14
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	unverändert

147. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	47,95



Vertrauensbereich Krankenhaus	43,29 - 52,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	438
Beobachtete Ereignisse	210
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

148. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	12,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,43 - 16,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	331
Beobachtete Ereignisse	42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
149. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten	
Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	73,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	58,37 - 84,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	30
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
150. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten	
Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

151. 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 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-



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	1,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,19 - 1,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	832
Beobachtete Ereignisse	142
Erwartete Ereignisse	100,61
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
152. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ² (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-



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 1,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	9,20
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	unverändert
153. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ² (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 Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	357
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	58,24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

154. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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



	Referenzbereiche können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

155. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Rechnerisches Ergebnis	3,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,10 - 4,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	833



Beobachtete Ereignisse	26
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

156. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	17,16
Vertrauensbereich bundesweit	16,68 - 17,65
Rechnerisches Ergebnis	13,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,76 - 25,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	45
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	unverändert

157. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	357
Beobachtete Ereignisse	0
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	unverändert

158. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht



Fachlicher Hinweis IQTIG	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	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 - 94,52
Rechnerisches Ergebnis	97,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,29 - 99,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	45
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

159. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Ergebnis-ID	56016
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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	95,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,97 - 97,30

Fallzahl

Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	340

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. 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/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,32
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
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	unverändert

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

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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</p>



	Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 4,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

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



	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	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,56

Fallzahl

Grundgesamtheit	769
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,69

163. 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	1,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 9,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

164. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	18,94
Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	22,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	18,76 - 25,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	525
Beobachtete Ereignisse	116

165. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	45,90
Vertrauensbereich bundesweit	45,59 - 46,21
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,12 - 86,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	80

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

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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</p>



	entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,88
Vertrauensbereich bundesweit	3,79 - 3,97
Rechnerisches Ergebnis	3,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,36 - 6,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	14

167. 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
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	21,45
Vertrauensbereich bundesweit	21,13 - 21,78
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	65,24 - 89,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	32

168. 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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	71,72
Vertrauensbereich bundesweit	71,44 - 71,99
Rechnerisches Ergebnis	83,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,86 - 87,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	227
Beobachtete Ereignisse	189

169. 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
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</p>



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	97,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,19 - 99,60

Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	43

170. 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

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	86,60
Vertrauensbereich bundesweit	85,95 - 87,21
Rechnerisches Ergebnis	96,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,82 - 99,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	28

171. 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	<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	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,06 - 76,11
Rechnerisches Ergebnis	86,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,81 - 93,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	43

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

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
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</p>



	entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
173. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
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	44,42
Vertrauensbereich bundesweit	43,91 - 44,93
Rechnerisches Ergebnis	38,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	30,10 - 47,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	47
174. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

175. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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.</p>



	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	-

176. 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
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	9,20
Vertrauensbereich bundesweit	9,08 - 9,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

177. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,85
Vertrauensbereich bundesweit	96,61 - 97,07
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,80 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	70
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	unverändert
178. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	321



Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

179. 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
	<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</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens 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
Rechnerisches Ergebnis	95,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,01 - 99,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	22

Kommentar Krankenhaus

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Der QI 330 wurde mit Beschlüssen des G-BA vom 16.12.2021 und 15.12.2022 als planungsrelevanter Qualitätsindikator ausgesetzt. Gemäß DeQS-RL wurde der Qualitätsindikator 2023 in eine Transparenzkennzahl überführt. Die bereits erhobenen Daten des Berichtsjahres 2022 wurden dennoch hier ausgewertet und veröffentlicht.

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	unverändert

180. 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
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/. 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/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,01
Vertrauensbereich bundesweit	98,97 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	99,34 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	574
Beobachtete Ereignisse	574
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	unverändert
181. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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 „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 2,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz



182. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

51803

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/>. 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	0,98 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

183. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

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

Fachlicher Hinweis IQTIG



	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	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1320
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23

184. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	0,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 2,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

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

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



Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1306
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,16

186. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurlutes (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



Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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	0,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 2,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

187. 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



Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	3,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,10 - 9,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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	unverändert

188. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 1,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1467
Beobachtete Ereignisse	573
Erwartete Ereignisse	505,43
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	unverändert



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

Ergebnis-ID	222000_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	222001_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
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</p>



	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	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	222002_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
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	1,45
Vertrauensbereich bundesweit	1,33 - 1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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



Ergebnis-ID	222200
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0

193. Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert

Ergebnis-ID	222201
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,08



Vertrauensbereich bundesweit 0,89 - 1,30

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

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

Ergebnis-ID 50050

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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/>. 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 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis 0,95

Vertrauensbereich bundesweit 0,84 - 1,07

Rechnerisches Ergebnis 0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 8,05



Fallzahl

Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,41

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

Ergebnis-ID	50052
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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/>. 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 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
-----------------	----



Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,22

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

Ergebnis-ID	50053
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen 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/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	4,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,25 - 12,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz


197. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50060
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/.</p>
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,92 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S92
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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



Ergebnis-ID	50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,93 - 5,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,70
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	unverändert
199. Ein Hörtest wurde durchgeführt	
Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
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	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	98,08 - 98,26
Rechnerisches Ergebnis	96,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,53 - 98,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	206
Beobachtete Ereignisse	198
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	unverändert
200. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	50069



Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/.</p>
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	4,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,80 - 9,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	0,89
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert



201. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50074
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<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 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>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,90 - 2,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	185
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	6,91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,13 (95. Perzentil)



Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
202. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)	
Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
203. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	



Ergebnis-ID	51076
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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 der Frühgeborenenversorgung“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,97
Vertrauensbereich bundesweit	2,64 - 3,35
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	51078
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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</p>



Fachlicher Hinweis IQTiG	<p>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 der Frühgeborenenversorgung“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,57
Vertrauensbereich bundesweit	4,00 - 5,21
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	51079
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99



Vertrauensbereich bundesweit	6,39 - 7,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	51136_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

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/>

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 12,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz



Erwartete Ereignisse	Datenschutz
207. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51141_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,34
208. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51146_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen



Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	3,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,60 - 16,34
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
209. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51156_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch



Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>

Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	2,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,45 - 10,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	51161_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

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



Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
211. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	51832
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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</p>



	Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,67
Vertrauensbereich bundesweit	3,30 - 4,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	51837
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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 „Qualitätsindex der</p>



	Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 12,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	51838
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 2,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	51843
--------------------	--------------



Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/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 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p>
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 13,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
215. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI



<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<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 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/. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,00</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,94 - 1,05</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>
<p>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p><= 1,79 (95. Perzentil)</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>S92</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>216. Wachstum des Kopfes</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>52262</p>



Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
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	9,79
Vertrauensbereich bundesweit	9,28 - 10,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 19,49 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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 ([Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

#	DMP
1	Brustkrebs
2	Diabetes mellitus Typ 1
3	Diabetes mellitus Typ 2
4	Koronare Herzkrankheit (KHK)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

01.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 8,6% (Zähler: 27, Nenner: 313)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 7,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

02.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 9,5% (Zähler: 82, Nenner: 861)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,3%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)



03.11Z - Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter >19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten, (Anteil Todesfälle erwartet bezogen auf Patienten mit Koronarkatheter und Herzinfarkt)

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 5,6% (Zähler: 16, Nenner: 288)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 6,1%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 6,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

03.121 - Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 0,98% (Zähler: 6, Nenner: 614)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,4%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

09.61 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)

Leistungsbereich	Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)
Ergebnis	Rate: 0,19% (Zähler: 1, Nenner: 516)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,55%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,55%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

14.26 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, COVID-19, Alter>19, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 9,3% (Zähler: 18, Nenner: 193)
Messzeitraum	2022



Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 10,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 10,6%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

15.1 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD ohne Tumor, Alter >19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 6,8% (Zähler: 16, Nenner: 235)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,6%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,5%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

17.22 - Teilresektionen der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 19)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,2%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

17.31 - Anteil der Pneumektomien bei Bronchialkarzinom

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 19)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 20,0%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)



	geeignet)
18.1 - Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische OPs	
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 96,0% (Zähler: 215, Nenner: 224)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 94,6%
Vergleichswerte	Ziel: > 94,6%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
18.3 - Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,89% (Zähler: 2, Nenner: 224)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,55%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,55%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
19.1 - Behandlungsfälle mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 159)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,12%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,12%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
21.311 - Kolonresektionen bei kolorektalem Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 37)
Messzeitraum	2022



Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 3,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

21.313 - Rektumresektionen bei kolorektalem Karzinom, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 26)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 3,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

21.321 - Kolorektale Resektionen bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 4)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,0%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

26.1 - Extrakranielle Gefäß-Operationen A. Carotis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 44)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,98%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,98%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-



Quellenangabe	ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
---------------	--

27.22 - Endovaskuläre Stent-Prothese abdominale Aorta bei Aneurysma (EVAR), nicht rupturiert, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 5)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,3%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,3%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

28.11 - Becken-/Beinarterien-OP bei Claudicatio (Fontaine I + II), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 41)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,5%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,5%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

28.13 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ulzeration oder Gangrän (Fontaine IV), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Gefäßoperationen
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 29)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,4%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

32.1 - Geburten mit Anteil an Todesfällen der Mutter

Leistungsbereich	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Ergebnis	Rate: 0,0000% (Zaehler: 0, Nenner: 1471)



Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,004%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,004%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

32.21 - Vaginale Geburten mit Dammriss 3. und 4. Grades

Leistungsbereich	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Ergebnis	Rate: 1,0% (Zähler: 9, Nenner: 899)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

34.1 - Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (Alter >14), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 208)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,04%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,04%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

34.2 - Anteil vaginale/laparoskopische OPs bei Hysterektomien ohne Plastik (inkl. Umsteiger)

Leistungsbereich	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Ergebnis	Rate: 94,2% (Zähler: 196, Nenner: 208)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 87,9%
Vergleichswerte	Ziel: > 87,9%



Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
---------------	---

41.1 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 109)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,13%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,13%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

42.1 - Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 11,1% (Zaehler: 1, Nenner: 9)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,36%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,36%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

43.1 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 1,3% (Zaehler: 1, Nenner: 76)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,06%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,06%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

46.1 - Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 2,9% (Zaehler: 2, Nenner: 69)



Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,2%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

46.2 - Pertrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 2,9% (Zähler: 2, Nenner: 70)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,8%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

47.42 - Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma, Dekompression, komplexe WS-OP), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 91)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,04%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,04%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

47.43 - Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, komplexe Rekonstruktion, Versteifung, WK-Ersatz, BS-Eingriffe), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 17)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,51%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,51%



Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
---------------	---

50.1 - Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 15)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,6%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

50.2 - Partielle Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 19)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,25%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,25%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

51.31 - Zystektomie (Entfernung der Harnblase), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 9)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 5,0%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

52.1 - Prostata-TUR bei gutartigen Erkrankungen, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 72)



Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,23%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,23%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

53.2 - Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 49)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,19%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,19%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

56.3 - Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene und COVID-19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)
Ergebnis	Rate: 48,8% (Zaehler: 103, Nenner: 211)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 34,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 34,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

Onkologisches Zentrum

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen OnkoZert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	aus Dokumentation am Klinikum sowie am Tumorzentrum Regensburg
Rechenregeln	siehe Kennzahlenberechnung www.onkozert.de
Referenzbereiche	siehe www.onkozert.de



Vergleichswerte	siehe www.onkozert.de
Quellenangabe	www.onkozert.de
Brustzentrum - Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	
Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen OnkoZert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	aus Dokumentation am Klinikum sowie am Tumorzentrum Regensburg
Rechenregeln	siehe Kennzahlenberechnung www.onkozert.de
Referenzbereiche	siehe www.onkozert.de
Vergleichswerte	siehe www.onkozert.de
Quellenangabe	www.onkozert.de
Viszeralonkologisches Zentrum - Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie	
Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen OnkoZert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	aus Dokumentation am Klinikum sowie am Tumorzentrum Regensburg
Rechenregeln	siehe Kennzahlenberechnung www.onkozert.de
Referenzbereiche	siehe www.onkozert.de
Vergleichswerte	siehe www.onkozert.de
Quellenangabe	www.onkozert.de
Gynäkologisches Krebszentrum - Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen OnkoZert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	aus Dokumentation am Klinikum sowie am Tumorzentrum Regensburg
Rechenregeln	siehe Kennzahlenberechnung www.onkozert.de
Referenzbereiche	siehe www.onkozert.de
Vergleichswerte	siehe www.onkozert.de
Quellenangabe	www.onkozert.de
Uroonkologisches Zentrum - Klinik für Urologie	
Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen OnkoZert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich



Datenerhebung	aus Dokumentation am Klinikum sowie am Tumorzentrum Regensburg
Rechenregeln	siehe Kennzahlenberechnung www.onkozert.de
Referenzbereiche	siehe www.onkozert.de
Vergleichswerte	siehe www.onkozert.de
Quellenangabe	www.onkozert.de

Dysplasie-Einheit - Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen OnkoZert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums
Rechenregeln	siehe www.onkozert.de
Referenzbereiche	siehe www.onkozert.de
Vergleichswerte	siehe www.onkozert.de
Quellenangabe	www.onkozert.de

Endometriosezentrum - Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen für Endometriosezentren von EuroEndoCert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums
Rechenregeln	siehe https://www.euroendocert.de/de/
Referenzbereiche	siehe http://www.euroendocert.de/de/
Vergleichswerte	siehe https://www.euroendocert.de/de/
Quellenangabe	https://www.euroendocert.de/de/

Endoprothetikzentrum - Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Praxis Orthmed

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen für Endoprothetikzentren von ClarCert
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Die Datenerhebung erfolgt unter anderem über die LAG-Bayern sowie einer ergänzenden Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums und über das EPRD
Rechenregeln	siehe Kennzahlenberechnung http://clarcert.com
Referenzbereiche	siehe http://clarcert.com
Vergleichswerte	siehe http://clarcert.com
Quellenangabe	http://clarcert.com



Regionales Traumazentrum - Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen des Traumaregisters der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie)
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Die Datenerhebung erfolgt unter anderem über die LAG-Bayern sowie einer ergänzenden Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums.
Rechenregeln	siehe http://www.dgu-traumanetzwerk.de/
Referenzbereiche	siehe http://www.dgu-traumanetzwerk.de/
Vergleichswerte	siehe http://www.dgu-traumanetzwerk.de/
Quellenangabe	http://www.dgu-traumanetzwerk.de/

Alterstraumazentrum - Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinik für Innere Medizin III - Geriatrie u. Frührehabilitation

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen des Alterstraumaregisters der DGU
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums
Rechenregeln	siehe http://www.alterstraumaregister-dgu.de
Referenzbereiche	siehe http://www.alterstraumaregister-dgu.de
Vergleichswerte	siehe http://www.alterstraumaregister-dgu.de
Quellenangabe	http://www.alterstraumaregister-dgu.de

Überregionale Stroke Unit - Klinik für Neurologie

Leistungsbereich	Fachliche Anforderung aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Die Datenerhebung erfolgt unter anderem über die LAG-Bayern sowie einer ergänzenden Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums.
Rechenregeln	siehe https://www.dsg-info.de/
Referenzbereiche	siehe https://www.dsg-info.de/
Vergleichswerte	siehe https://www.dsg-info.de/
Quellenangabe	siehe https://www.dsg-info.de/

Chestpain Unit (CPU) - Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Nephrologie, Internistische Intensivmedizin

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands



Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums
Rechenregeln	siehe https://dgk.org/
Referenzbereiche	siehe https://dgk.org/
Vergleichswerte	siehe https://dgk.org/
Quellenangabe	siehe https://dgk.org/

Heart Failure Unit (HFU) - Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Nephrologie, Internistische Intensivmedizin

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums
Rechenregeln	siehe https://dgk.org/
Referenzbereiche	siehe https://dgk.org/
Vergleichswerte	siehe https://dgk.org/
Quellenangabe	siehe https://dgk.org/

Kompetenzzentrum für Minimalinvasive Chirurgie (MIC) - Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie

Leistungsbereich	Fachliche Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums
Rechenregeln	siehe https://www.dgav.de/
Referenzbereiche	siehe https://www.dgav.de/
Vergleichswerte	siehe https://www.dgav.de/
Quellenangabe	siehe https://www.dgav.de/

Perinatalzentrum Level I - Klinik für Kinder und Jugendliche

Leistungsbereich	Die Qualitätsindikatoren können auf der Homepage LAG Bayern heruntergeladen werden (https://lag-by.de/)
Ergebnis	Einsicht: https://www.klinikum-amberg.de/
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Die Datenerhebung erfolgt unter anderem über die LAG-Bayern sowie einer ergänzenden Datenbereitstellung von Seiten des Klinikums.
Rechenregeln	Die Spezifikationen können bei der LAG-Bayern (https://lag-by.de/) eingesehen werden.
Referenzbereiche	Die Spezifikationen können bei der LAG-Bayern (https://lag-by.de/) eingesehen werden.



Vergleichswerte	Die Spezifikationen können bei der LAG-Bayern (https://lag-by.de/) eingesehen werden.
Quellenangabe	Die Spezifikationen können bei der LAG-Bayern (https://lag-by.de/) eingesehen werden.
Abteilung für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene	
Leistungsbereich	HAND-KISS, MRSA-KISS, CDI-KISS, ITS-KISS, NEO-KISS, OP-KISS nach den Kriterien des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen. MRS gem. § 23 IfSG
Ergebnis	Vergleich v. eigenen Kennzahlen d. med. Ergebnisqualität zu weiteren zert. Zentren Deutschlands
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Dokumentation am Klinikum ins KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen Berlin)
Rechenregeln	nach den Vorgaben des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen Berlin)
Referenzbereiche	indikatorbezogene Referenzbereiche
Vergleichswerte	Vergleich deutschlandweit zu ebenfalls am NRZ teilzunehmenden Kliniken
Quellenangabe	www.nrz-hygiene.de Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) Berlin

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	79
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	20
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Erbrachte Menge	17

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja



Leistungsmenge im Berichtsjahr	267
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	265
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	79
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	112
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	20
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	24
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	11
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	21
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	17
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	22

Kriterien nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 Mm-R sowie Umstände nach § 4 Abs. 2 Satz 3 und 4 Mm-R: Covid-19-Pandemie

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma



Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
2	<p>CQ05: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1</p> <p><i>Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org</i></p>
3	<p>CQ25: Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser</p> <p><i>Verfahren wurde ab 2019 implementiert</i></p>

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt? Nein

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	25
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	25
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin, Kardiologie - Station A1 - Tagschicht	100 %
2	Innere Medizin, Kardiologie - Station A1 - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin, Unfallchirurgie - Station A2 - Tagschicht	<p>100 %</p> <p><i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i></p>
4	Unfallchirurgie - Station A2 - Nachtschicht	100 %



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
5	Neurologie - Station A3 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
6	Neurologie - Station A3 - Nachtschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
7	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station A3S - Tagschicht	100 %
8	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station A3S - Nachtschicht	100 %
9	Innere Medizin - Station A9 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
10	Innere Medizin - Station A9 - Nachtschicht	100 %
11	Pädiatrische Intensivmedizin - Station B0KP - Tagschicht	100 % <i>geringe Belegung; §7 Satz 2 PpUGV: RSV-Infektionen Kinder</i>
12	Pädiatrische Intensivmedizin - Station B0KP - Nachtschicht	100 % <i>geringe Belegung; im Juli insgesamt geringe Auslastung Station B0; §7 Satz 2 PpUGV: RSV-Infektionen Kinder</i>
13	Innere Medizin, Kardiologie - Station B1 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
14	Innere Medizin, Kardiologie - Station B1 - Nachtschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
15	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station B2 - Tagschicht	100 %
16	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station B2 - Nachtschicht	100 %



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
17	Neurologie - Station B3 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
18	Neurologie - Station B3 - Nachtschicht	100 %
19	Allgemeine Pädiatrie - Station B9 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
20	Allgemeine Pädiatrie - Station B9 - Nachtschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
21	Neurologie - Station D0 - Tagschicht	100 %
22	Neurologie - Station D0 - Nachtschicht	100 %
23	Intensivmedizin - Station D1 - Tagschicht	100 %
24	Intensivmedizin - Station D1 - Nachtschicht	100 %
25	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station E1 - Tagschicht	100 %
26	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station E1 - Nachtschicht	100 %
27	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E2 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
28	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E2 - Nachtschicht	100 %
29	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E3 - Tagschicht	100 %
30	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E3 - Nachtschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
31	Allgemeine Chirurgie - Station E4 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
32	Allgemeine Chirurgie - Station E4 - Nachtschicht	100 %
33	Neurologie - Station E5 - Tagschicht	100 % <i>im Jan. geschl.; im Feb. geschl.; im Mrz geschl.</i>
34	Neurologie - Station E5 - Nachtschicht	100 % <i>im Jan. geschl.; im Feb.geschl.; im Mrz geschl.</i>
35	Innere Medizin - Station F3 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
36	Innere Medizin - Station F3 - Nachtschicht	100 %
37	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - Station F4 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
38	Allgemeine Chirurgie - Station F4 - Nachtschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
39	Intensivmedizin - Station G2 - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
40	Intensivmedizin - Station G2 - Nachtschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
41	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station IMC - Tagschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".; nicht belegt</i>
42	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station IMC - Nachtschicht	100 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
43	Allgemeine Pädiatrie - Station IMC - Tagschicht	100 %
44	Allgemeine Pädiatrie - Station IMC - Nachtschicht	100 %
45	Innere Medizin - Station L3 - Tagschicht	100 %
46	Innere Medizin - Station L3 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin, Kardiologie - Station A1 - Tagschicht	100 %
2	Innere Medizin, Kardiologie - Station A1 - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin, Unfallchirurgie - Station A2 - Tagschicht	99,72 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
4	Unfallchirurgie - Station A2 - Nachtschicht	100 %
5	Neurologie - Station A3 - Tagschicht	98,9 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
6	Neurologie - Station A3 - Nachtschicht	99,45 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
7	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station A3S - Tagschicht	99,73 %
8	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station A3S - Nachtschicht	98,63 %



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
9	Innere Medizin - Station A9 - Tagschicht	98,63 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
10	Innere Medizin - Station A9 - Nachtschicht	99,73 %
11	Pädiatrische Intensivmedizin - Station B0KP - Tagschicht	94,93 % <i>geringe Belegung; §7 Satz 2 PpUGV: RSV-Infektionen Kinder</i>
12	Pädiatrische Intensivmedizin - Station B0KP - Nachtschicht	97,14 % <i>geringe Belegung; im Juli insgesamt geringe Auslastung Station B0; §7 Satz 2 PpUGV: RSV-Infektionen Kinder</i>
13	Innere Medizin, Kardiologie - Station B1 - Tagschicht	93,06 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
14	Innere Medizin, Kardiologie - Station B1 - Nachtschicht	99,44 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
15	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station B2 - Tagschicht	96,99 %
16	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station B2 - Nachtschicht	98,9 %
17	Neurologie - Station B3 - Tagschicht	99,73 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
18	Neurologie - Station B3 - Nachtschicht	100 %
19	Allgemeine Pädiatrie - Station B9 - Tagschicht	98,63 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
20	Allgemeine Pädiatrie - Station B9 - Nachtschicht	99,18 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
21	Neurologie - Station D0 - Tagschicht	100 %
22	Neurologie - Station D0 - Nachtschicht	100 %
23	Intensivmedizin - Station D1 - Tagschicht	99,45 %
24	Intensivmedizin - Station D1 - Nachtschicht	98,63 %
25	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station E1 - Tagschicht	99,7 %
26	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station E1 - Nachtschicht	99,68 %
27	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E2 - Tagschicht	91,78 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
28	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E2 - Nachtschicht	100 %
29	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E3 - Tagschicht	99,73 %
30	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E3 - Nachtschicht	99,73 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
31	Allgemeine Chirurgie - Station E4 - Tagschicht	98,36 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
32	Allgemeine Chirurgie - Station E4 - Nachtschicht	99,18 %
33	Neurologie - Station E5 - Tagschicht	100 % <i>im Jan. geschl.; im Feb. geschl.; im Mrz geschl.</i>
34	Neurologie - Station E5 - Nachtschicht	100 % <i>im Jan. geschl.; im Feb.geschl.; im Mrz geschl.</i>
35	Innere Medizin - Station F3 - Tagschicht	98,36 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
36	Innere Medizin - Station F3 - Nachtschicht	100 %



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
37	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - Station F4 - Tagschicht	99,45 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
38	Allgemeine Chirurgie - Station F4 - Nachtschicht	99,17 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
39	Intensivmedizin - Station G2 - Tagschicht	99,18 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
40	Intensivmedizin - Station G2 - Nachtschicht	96,44 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
41	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station IMC - Tagschicht	99,4 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".; nicht belegt</i>
42	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station IMC - Nachtschicht	99,41 % <i>Erhalt "Ausgleichszahlungen gem. §21 Abs. 1b KHG i.V.m §21 Abs. 2b KHG" und/oder "Versorgungsaufschlag gem. § 21a KHG, §21 Abs. 2a S. 5 u. 6 gilt entsprechend".</i>
43	Allgemeine Pädiatrie - Station IMC - Tagschicht	99,4 %
44	Allgemeine Pädiatrie - Station IMC - Nachtschicht	99,41 %
45	Innere Medizin - Station L3 - Tagschicht	100 %
46	Innere Medizin - Station L3 - Nachtschicht	100 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatikrichtlinie (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