



Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	4
	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9	Anzahl der Betten	13
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	17
A-13	Besondere apparative Ausstattung	31
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	32
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	34
B-[2800]	Neurologie	34
B-[0100]	Innere Medizin	48
B-[2200]	Urologie	62
B-[2700]	Augenheilkunde	75
B-[1500]	Allgemein- und Viszeralchirurgie	89
B-[3200]	Radiologie und Nuklearmedizin	105
B-[3600]	Anästhesie und Intensivmedizin	113
C	Qualitätssicherung	123
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	123

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	206
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	206
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	206
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	207
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	208
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	208
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	208
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	211
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	211

Vorwort

Liebe Patientinnen und Patienten,
 sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen
 sehr geehrte Damen und Herren,
 mit dem strukturierten Qualitätsbericht für das Jahr 2022 stellen wir Ihnen unsere Fachabteilungen mit dem jeweiligen Leistungsspektrum und den aktuellen innovativen Behandlungsmethoden vor. Die Knappschaftsklinikum Saar GmbH verfügt über zwei Kliniken mit den Standorten Sulzbach und Püttlingen, die beide Netzkrankenhäuser des integrierten Versorgungsnetzes PROSPER sind. Alleiniger Gesellschafter ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Als Schwerpunktkrankenhaus und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes verfügt das Krankenhaus Sulzbach über 305 Betten und 7 medizinische Fachabteilungen. 2022 wurden ca. 16.200 stationäre Behandlungsfälle und mehr als 91.000 ambulante Patientenkontakte registriert.

Aus der Notversorgung für Bergleute entstanden, haben wir uns durch Spezialisierung in verschiedenen Fachbereichen zu einem modernen und zukunftsorientierten Gesundheitsunternehmen entwickelt. Insbesondere das Multiple-Sklerose-Zentrum, das Diabeteszentrum, das Traumazentrum und die Stroke Unit garantieren durch kontinuierliche Rezertifizierungen durch die medizinischen Fachgesellschaften eine hohe fachliche Kompetenz und eine ständige Verbesserung der interdisziplinären Versorgung. Das Magen-Darm-Zentrum Saar und ein Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (zertifizierte Beratungsstelle) runden unser Behandlungsspektrum ab.

Die Augenklinik Sulzbach hat sich mit jährlich 24.000 Operationen in sieben neuen, hochmodernen Operationssälen zu einer der fünf größten Augenkliniken in Deutschland entwickelt und ist weit über die Landesgrenzen hinaus anerkannt. Jedes Jahr behandeln mehr als 30 spezialisierte Ärzte 50.000 ambulante und über 6.000 stationäre Patienten. Mit 2.200 Vitrektomien im Jahr gilt die Augenklinik Sulzbach seit 2015 offiziell als größtes Netzhautchirurgisches Zentrum in Deutschland.

Unserem Selbstverständnis folgend, den Patienten in den Mittelpunkt unseres Handelns zu stellen, erfolgt die Betreuung der uns anvertrauten Menschen durch ein hochqualifiziertes und motiviertes Behandlungsteam aus Mitarbeitern aller Fach- und Berufsgruppen. Unterstützt werden sie durch eine diagnostische und therapeutische Ausstattung, die sich an dem neuesten Standard der Forschung und Technik orientiert.

Die hohe Qualität unserer Leistungen und Prozesse sowie deren kontinuierliche Verbesserung sind uns wichtig. Dazu ist in der Knappschaftsklinikum Saar GmbH ein Qualitätsmanagementsystem implementiert, welches unter anderem die kontinuierlichen Rezertifizierungen nach KTQ® ermöglicht. Einen Qualitätsvergleich mit anderen Institutionen ermöglichen die Auswertungen der externen vergleichenden Qualitätssicherung.

Wir suchen den Dialog mit unseren Patienten, deren Angehörigen und allen Partnern im Gesundheitswesen. Hierzu tragen insbesondere die Vortragsreihe „Gesundheit erleben“, die regelmäßigen Kurse unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und weitere Informationsveranstaltungen bei.

Wir hoffen, Ihr Interesse und Ihr Vertrauen in unsere Klinik geweckt zu haben.

Weitere Informationen können Sie gerne im Internet unter www.kksaar.de abrufen.

A. Massone

Geschäftsführerin

Einleitung

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

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Anna Strenz
Telefon	06898 55 3208
E-Mail	anna-maria.strenz@kksaar.de
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Mario Schüller
Telefon	06898 55 3281
E-Mail	geschaeftsfuehrung@kksaar.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://www.kksaar.de/
--	---

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	http://www.augenklinik-sulzbach.de	Link zur Augenklinik Sulzbach

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Knappschaftsklinikum Saar GmbH, Krankenhaus Sulzbach
PLZ	66280
Ort	Sulzbach

Straße	An der Klinik
Hausnummer	10
IK-Nummer	261000477
Standort-Nummer	772951000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	06897
Telefon	5740
E-Mail	geschaefsfuehrung@kksaar.de
Krankenhaus-URL	https://www.kksaar.de/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Lothar Schramm
Telefon	06897 574 1201
Fax	06897 574 2202
E-Mail	pdl@kksaar.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Mario Schüller
Telefon	06898 55 3281
Fax	06898 55 2459
E-Mail	geschaefsfuehrung@kksaar.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Anästhesie
Titel, Vorname, Name	Dr. Marion Bolte
Telefon	06898 55 3214
E-Mail	anaesthesie.puettlingen@kksaar.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	Institutionskennzeichen
1	261000477

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Knappschaftsklinikum Saar GmbH (KBS)
------------------	--------------------------------------

Träger-Art

öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Universität des Saarlandes, Homburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	<p>MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen</p> <p><i>Diese physikalische Therapieform wird durch das Team der Physikalischen Therapie durchgeführt.</i></p>
2	<p>MP51 - Wundmanagement</p> <p><i>Ein interprofessionelles Wundmanagement ist eingerichtet. Es beinhaltet auch ein Dekubitusmanagement.</i></p>
3	<p>MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p> <p><i>Die Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden über den Sozialdienst hergestellt. Durch das Multiple Sklerose Zentrum bestehen Kontakte zur Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft. Urologie: Es finden Inkontinenztreffen in der Klinik statt. Das Krankenhaus ist Selbsthilfe freundlich zertifiziert.</i></p>
4	<p>MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden</p> <p><i>Im Krankenhaus Sulzbach wird eine berufsgruppenübergreifende Begleitung sterbender Patienten und deren Angehöriger angewandt. Im Mittelpunkt stehen die Schmerzbehandlung, Aufklärung und Auseinandersetzung mit der Diagnose entsprechend den Wünschen der Patienten.</i></p>
5	<p>MP04 - Atemgymnastik/-therapie</p> <p><i>Atemtraining wird durch das Team der Physikalischen Therapie durchgeführt. Die Pflege wendet einen Pflegestandard Pneumonieprophylaxe an. Atemübungen und Atemgymnastik werden individuell für die Patienten geplant und durchgeführt. Es werden 2 Atemtherapeuten vorgehalten.</i></p>
6	<p>MP14 - Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Durchführung durch unsere Diät- und Ernährungsberater(innen) / Küche in Verbindung mit Diabetesberatung</i></p>
7	<p>MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p><i>Der Sozialdienst/ärztliche Dienst berät zu Alkohol-Entwöhnung, Schwerbehinderung und zu psychosomatischen, klinischen Behandlungsmöglichkeiten. Wir helfen Anschlussheilbehandlungen sowie sogenannte Phase B Rehabilitationsmaßnahmen bei akut sehr stark eingeschränkten Patienten zu organisieren.</i></p>
8	<p>MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie</p> <p><i>Eine Bewegungstherapie erfolgt durch das Team der Physikalischen Therapie und Ergotherapie. In der Pflege werden bewegungstherapeutische Pflegestandards angewandt.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
9	<p>MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p><i>Eine Bobath-Therapie erfolgt durch das Team der Physikalischen Therapie, Ergotherapie und Pfl egeteam . Die Bobath-Therapie ist in mehrere Pflegestandards integriert. Entsprechende Weiterbildungen des Personals liegen vor.</i></p>
10	<p>MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>Der Expertenstandard Entlassmanagement wird umgesetzt. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement ist umgesetzt und findet Anwendung.</i></p>
11	<p>MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen</p> <p><i>Die Klinik ist zertifiziertes Diabetes Typ II-Zentrum. Unser Schulungsteam besteht aus Diabetologen und Diabetesberaterinnen. Individuelle Diabetesschulungen im Umgang mit Insulin und Ernährungsberatungen erfolgen stationär, nachstationär oder ambulant.</i></p>
12	<p>MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege</p> <p><i>Bereichspflege wird in allen Abteilungen angewandt. Case-Management findet mit Unterstützung von klinischen Behandlungspfaden und durch die Mitarbeiter des Medizincontrollings statt. Weiterhin ist ein Bettenmanagement etabliert. Die Vorgaben des Entlassmanagements nach § 39 SGB V wurden umgesetzt.</i></p>
13	<p>MP21 - Kinästhetik</p> <p><i>Entsprechende Weiterbildungen der Mitarbeiter liegen vor.</i></p>
14	<p>MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung</p> <p><i>Kontinenzberatung erfolgt durch die leitenden Ärzte und Fachärzte der Urologie sowie durch unseren Kooperationspartner im Rahmen der Stoma- und Kontinenzberatung. Eine Mitarbeiterin hat die Weiterbildung zur Stoma- und Inkontinenzberaterin. Ein Mitarbeiter hat die Weiterbildung zum Stomaberater.</i></p>
15	<p>MP24 - Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>Durchführung durch das Team der Physikalischen Therapie</i></p>
16	<p>MP25 - Massage</p> <p><i>Massage als physikalische Therapieform wird durch das Team der Physikalischen Therapie durchgeführt.</i></p>
17	<p>MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie</p> <p><i>Ziele der Physiotherapie bzw. Krankengymnastik sind die Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Gesundheit. Physiotherapie ist die Anregung oder gezielte Behandlung gestörter physiologischer Funktionen.</i></p>
18	<p>MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie</p> <p><i>Die Physiotherapie fasst medizinische Behandlungsformen zusammen, die auf physikalische Methoden wie Wärme, Massage und Elektrotherapie beruhen. Diese Methoden werden von unseren Physiotherapeuten angewendet.</i></p>
19	<p>MP37 - Schmerztherapie/-management</p> <p><i>Standards zur postoperativen Schmerztherapie, Schmerzkonsile durch die Anästhesie.</i></p>
20	<p>MP38 - Sehschule/Orthoptik</p> <p><i>Zur Augenklinik gehört auch die Sehschule mit Orthoptik.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
21	<p>MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie</p> <p><i>Bei Bedarf werden über ärztliche Anordnung Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie durch niedergelassene Therapeuten durchgeführt. Auf der Stroke Unit erfolgt die tägliche Visite mit dem Logopädie-Team.</i></p>
22	<p>MP45 - Stomatherapie/-beratung</p> <p><i>Stomatherapie und -beratung erfolgen durch einen eigenen Stomatherapeuten sowie durch unseren Kooperationspartner im Bereich Stoma- und Kontinenzberatung.</i></p>
23	<p>MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p> <p><i>Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist durch einen niedergelassenen Orthopädietechniker gewährleistet.</i></p>
24	<p>MP63 - Sozialdienst</p> <p><i>Unser Sozialdienst unterstützt Sie bei Aufgaben und Problemen, die mit ihrer Erkrankung und der weiteren Versorgung nach der Entlassung zusammenhängen.</i></p>
25	<p>MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Fachvorträge, Themen und aktuelle Termine finden Sie auf unserer Homepage www.kksaar.de</i></p>
26	<p>MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><i>Die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Palliativeinrichtungen erfolgt mit der Unterstützung unseres Sozialdienstes. Die Ausbildung der Pflegeschüler erfolgt in Kooperation mit einem ambulanten Pflegedienst.</i></p>
27	<p>MP53 - Aromapflege/-therapie</p> <p><i>Anwendung ätherischer Öle zur Linderung von Krankheiten oder zur Steigerung des Wohlbefindens.</i></p>
28	<p>MP54 - Asthmaschulung</p> <p><i>In der Asthmaschulung lernen Sie, wie Sie richtig mit der Krankheit umgehen, wie sie Asthmaanfälle vermeiden können. Sie erhalten Informationen über die Krankheitsauslöser und darüber, wie die wichtigsten Asthmamedikamente anzuwenden sind. Sie erlernen wichtige Atemtechniken</i></p>
29	<p>MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst</p> <p><i>Bei Bedarf erfolgt ein Psychologisches oder Psychoonkologisches-Konsil durch niedergelassene Therapeuten sowie durch die Klinik für Psychosomatik Püttlingen</i></p>
30	<p>MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Fachvorträge, Themen und aktuelle Termine finden Sie auf unserer Homepage www.kksaar.de / Allgemeine Angehörigenbetreuung und-Beratung durch Sozialdienst, Pflegedienst, Ärztlicher Dienst</i></p>
31	<p>MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot</p> <p><i>Pflegevisiten, Pflegeexperten, z.B. Stroma, Inkontinenz, Demenz, Onkologie, Ernährung, Wundmanagement</i></p>
32	<p>MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse</p>
33	<p>MP06 - Basale Stimulation</p> <p><i>Ein Konzept von Prof. Fröhlich, bedeutet eine besondere Form der aktivierenden Pflege bei schwerst mehrfachbeeinträchtigten Menschen, z.B. Schädel-Hirn-Traumatisierte, Menschen mit hemiplegischem, apallischem oder komatösem Syndrom. Mitarbeiter haben Schulungen zur basalen Stimulation besucht.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
34	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
35	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Die Ergotherapie wird durch niedergelassene Therapeuten regelmäßig durchgeführt.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Komfortstation</i>
2	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Nach Rücksprache möglich; Organisation über Belegungsmanagement</i>
3	NM02: Ein-Bett-Zimmer <i>stehen Ihnen als Wahlleistung auf unseren Stationen und der Komfortstation zur Verfügung</i>
4	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Wird über den Sozialdienst organisiert.</i>
5	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>z.B. Diätberatung</i>
6	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Römisch-katholisch und evangelisch</i>
7	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Komfortstation und Normalstation</i>
8	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
9	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Alle Zimmer sind mit einem Fernseher ausgestattet (Ausnahme Psychosomatischen Institutsambulanz). Wir bieten Ihnen für 3,00€ am Tag ein „Entertainment-Paket“ an, damit können Sie Fernsehen, Radio, Telefon und Internet nutzen. Die eingestreuten Komfortzimmer sind klimatisiert.</i>
10	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Informationen über aktuelle Termine finden Sie auf unserer Homepage www.kksaar.de</i>
11	NM10: Zwei-Bett-Zimmer <i>Ohne Zuzahlung (Regelleistung)</i>

Leistungsangebot

12 NM68: Abschiedsraum
Ohne Zuzahlung (Regelleistung)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsrat, Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen
Titel, Vorname, Name	Gerd Weyland
Telefon	06898 55 3131
Fax	06898 55 2242
E-Mail	gerd.veyland@kksaar.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit

1	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
2	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung <i>Beispielsweise gut lesbarer Wegweiser im Eingangsbereich</i>
3	BF10 - Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher im Erdgeschoss und Untergeschoss.</i>
4	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerichten Sanitäranlagen
5	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Eine Liste der Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen ist im hausinternen Intranet hinterlegt.</i>
6	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Antithrombosestrümpfe und spezielle Toilettenstühle, Rollstühle, Fixierungsmaterialien und Schutzhosen werden vorgehalten.</i>
7	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Patientenlifter mit einer Tragkraft bis 250 kg werden vorgehalten. Weiterhin Rollstühle, Toilettenstühle für übergewichtige Patienten vorhanden.</i>
8	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Spezielle Blutdruckmanschetten und Körperwaagen werden vorgehalten.</i>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
9	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>MRT für schwergewichtige Patienten geeignet (Große Magnetöffnung)</i>
10	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>Mehrere OP-Tische für übergewichtige Patienten.</i>
11	BF24 - Diätetische Angebote
12	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Werden bei Bedarf angefordert</i>
13	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
14	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes hat die Weiterbildung zur Demenzfachkraft.</i>
15	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift <i>Aufzug (Patientenaufzug) mit Sprachansage</i>
16	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
17	BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
18	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
19	BF30 - Mehrsprachige Internetseite
20	BF39 - Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses
21	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
22	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Der wissenschaftliche Output der Augenklinik umfasst für das Berichtsjahr 2017 19 Publikationen in Peer Review Journals, 2 Übersichtsarbeiten und 7 Buchkapitel, Summe Impact Factor: 40,109</i>
2	FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen <i>Lehraufträge Radiologie/Nuklearmedizin</i>

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	<i>Das Krankenhaus Sulzbach ist akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes und bildet in diesem Rahmen Studenten im praktischen Jahr aus (Famulatur/PJ)</i>
	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	<i>Saarländ. Myokardinfarktregister (Innere Med.) Kooperationen der Augenklinik mit Fraunhofer Institut Sulzbach-IBMT, mit Fachhochschule Kaiserslautern und Universitäten (Tübingen, Hamburg Eppendorf, Leuven, Nat. Uni. Signapore, Tempere/Finnland). Zusammenarbeit mit Hochschulen in der Urologie.</i>
	FL01 - Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
5	<i>Lehrbeauftragung für PJ-Studenten an der Universität des Saarlandes (Innere Medizin) Lehraufträge Universität Tübingen und Universität des Saarlandes, Universität Signapore, Universität Bonn (Augenklinik), Ruhr-Universität Bochum (Radiologie). Weiterhin Lehraufträge der Chirurgie und Anästhesie</i>
	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
6	<i>Augenklinik: Phase III: - FOCUS - Velodrom - PORTAL - SANDCAT</i>
	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
7	<i>Augenklinik: Beobachtungsstudien: - TOFU - BLUE SKY - TES-RP (GB-A Erprobungsstudie) - GALTOS - INTERCEPT - STAR-LIFE Ebenso werden uni-/multizentrische Studien in der Urologie durchgeführt.</i>
	FL09 - Doktorandenbetreuung
8	<i>Doktorandenbetreuung insbesondere in der Augenklinik. Weiterhin Doktorandenbetreuung in Chirurgie und Urologie, Radiologie (Ruhr Universität Bochum)</i>
	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
9	<i>Augenklinik: Phase I: - PRIMavera (Zulassungsstudie Medizinprodukt) Phase II: - REVISION (Arzneimittelstudie in Kooperation mit der Neurologie) Innere: Teilnahme am Saarländischen Myokardinfarktregister</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>Praktische Ausbildung</i>
2	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
3	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
4	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	305
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	16232
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	91233
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				114,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	114,3	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	13,3	Stationär	101,1

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				55,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	55,5	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	5,8	Stationär	49,8

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt				259,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	259,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	24,1	Stationär	235,7

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				14,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,2

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

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
-----------------	-----------------	---	------------------	---

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				9,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,2

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				10,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,6

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

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

Gesamt				14,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	14,7

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				51,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	51,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	19,3	Stationär	32,1

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				12,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,2

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				2,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,1

SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker

Gesamt				1,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	1,1

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				5,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	5,2

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,4

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				3,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,7

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				2,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,7

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

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

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

Gesamt				11,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,7	Stationär	9,4

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

Gesamt				13,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	6,2	Stationär	7,4

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

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

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				12,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,2

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Leitung Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Anna Strenz
Telefon	06898 55 3208
E-Mail	anna-maria.strenz@kksaar.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	Ein Steuerkreis ist implementiert. Dieser versteht sich als Bindeglied zur Durchdringung des Qualitätsgedankens im gesamten Haus. Mitglieder sind der Ärztliche Direktor, der Pflegedirektor, der Krankenhausdirektor, der Direktor der Stabsbereiche, der Betriebsrat und das Qualitätsmanagement.
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Betriebsleitung, Risikomanagement-Beauftragter, Qualitätsmanagement-Beauftragter CIRS-Beauftragter, Beauftragte für das Beschwerdemanagement, Betriebsrat
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
---	--------------------------

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Die Qualitätsdokumentation ist im Intranet hinterlegt. Aktualitätsprüfung erfolgt jährlich, zuletzt im Rahmen der KTQ-Zertifizierung im Jahr 2022. Risikomanagement-Dokumentation erfolgt mittels CIRS und RM-Software. Das Risikomanagementsystem wird in einer Konzeption beschrieben.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.01.2022</p>
2	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: 1) Konservative Schmerztherapie (Stand: 10.11.2017) 2) Postoperative Schmerztherapie Chirurgie (Stand: 21.07.2017) 3) Schmerzstandard Orthopädie (Stand: 01.01.2015) 4) Postoperative Schmerztherapie Urologie (Stand: 14.06.2016) 5) Anästhesiestandards 6) Schmerzerfassung mittels Schmerzskala</p> <p>Letzte Aktualisierung: 10.11.2017</p>
3	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung zur Vermeidung einer Eingriffsverwechslung incl. OP-Checkliste mit Team-Time-Out. Das Team-Time-Out beinhaltet Regelungen/Dokumentation zur Zusammenfassung kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.05.2022</p>
4	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Fixierung eines Patienten" in den Pflegestandards Version 12 / Mai 2018. Es finden regelmäßige Schulungen statt.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 07.05.2018</p>
5	<p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung sind in den hausinternen Anästhesiestandards beschrieben</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.06.2015</p>
6	<p>RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen</p>
7	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung zur Vermeidung einer Eingriffsverwechslung mit OP-Checkliste. Beinhaltet Regelungen/Dokumentation zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslung. Sichere Patientenidentifikation durch Verwendung von Patientenarmbändern. Die VA Patienten-ID wurde aktualisiert.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 13.02.2023</p>
8	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Dekubitusprophylaxe" in den Pflegestandards Version 12 / Mai 2018. Verwendung eines Dekubitus-Erfassungsbogens und jährliche Auswertung (Stand: Mai 2018). Der interne Pflegestandard orientiert sich am Nationalen Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 03.08.2023</p>
9	<p>RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen</p>
10	<p>RM03: Mitarbeiterbefragungen</p>
11	<p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung zur Vermeidung einer Eingriffsverwechslung incl. OP-Checkliste mit Team-Time-Out: Dies beinhaltet Regelungen zur präoperativen, vollständigen Präsentation notwendiger Befunde.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.05.2018</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
12	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Der Umgang mit Geräten/Medizinprodukten inkl. Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen ist in einer Geschäftsordnung Medizinprodukterecht (Stand: 30.04.2019) beschrieben.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 30.04.2019</p>
13	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Die Regelungen sind in der Verfahrensanweisung "Innerklinische Notfallversorgung" beschrieben. Alarmierung des Reanimationsteams erfolgt mittels DAKS-Server. Zusätzlich ist ein sog. Intensivkonsil möglich. Es gibt ein zertifiziertes Traumazentrum.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 09.03.2012</p>
14	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
15	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Sturzmanagement / Sturzprophylaxe" in den Pflegestandards Version 12 / Mai 2018. Es wird ein Sturzprotokoll verwendet und ausgewertet. Der interne Pflegestandard orientiert sich am Nationalen Expertenstandard "Sturzprophylaxe". Das Sturzmanagement erfolgt EDV-basiert.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 07.05.2018</p>
16	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Entlassungsmanagement"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 07.05.2018</p>
17	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Qualitätszirkel
- Andere: Ethische Fallbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.07.2020</p>
2	<p>IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen</p> <p>Frequenz: monatlich</p>
3	<p>IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem</p> <p>Frequenz: bei Bedarf</p>

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	1) Patientenarmbänder bei ambulanten Patienten 2) Produktwechsel bei den Spitzenabwurfbehältern 3) Neuer Prozess zur Vermeidung von Patientenverwechslung bei EKG 4) Optimierung der Belegung und Behandlungsabläufe auf der Intensivstation 5) Etablierung eines hausübergreifenden CIRS (mit Krankenhaus Püttlingen) 6) Einsatz von Nadelzählerabwurfbox mit Magnet im OP 7) Neues Essen-Bestellsystem

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

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

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF02: CIRS Berlin (Ärzttekammer Berlin, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Es besteht ein Beratungsvertrag mit Prof. Dr. med. Barbara Gärtner von der Universitätsklinikum des Saarlandes (Krankenhaushygiene, Fachärztin für medizinische Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie).

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	6
Erläuterungen	Frau Stefanie Princi (Anästhesie), Herr Ulf Such (Innere Medizin), Herr Christof Lühl (Urologie), Herr Dr. Jochen Schuld (Chirurgie), Dr. Agata Porebska (Neurologie), Frau B. Lang (Augenklinik)

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Frau Marion Schützmann-Kirsch (Ruhestand ab 01.07.2022), Herr Karsten Recktenwald, Frau Nadine Förster (HFK in Weiterbildung, 0,5 Stelle)

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	20
Erläuterungen	Entsprechend der saarländischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 28.03.2012 wurden 20 Hygienebeauftragte in der Pflege benannt. Die Hygienebeauftragten in der Pflege werden durch interne Schulungen für ihre Tätigkeit qualifiziert.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie
Titel, Vorname, Name	Dr. Marion Bolte
Telefon	06898 55 2358

Fax	06898 55 2024
E-Mail	anaesthesie.puettingen@kksaar.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

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

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

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 26

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 83

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	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
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen</p> <p>Frequenz: bei Bedarf</p> <p><i>Es werden verschiedene Mitarbeiterschulungen durchgeführt. Neue Mitarbeiter werden erstunterwiesen. Die Hygieneschulungen zu MRSA, MRGN, Noro werden jährlich und bei Bedarf durchgeführt. Zusätzlich erfolgen z.B. Schulungen in praxisbezogener Hygiene und interaktive Schulungen (z.B. Händehygiene)</i></p>
2	<p>HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen</p> <p>Name: Mitglied im Infectio Saar-Netzwerk (Netzwerk zur Kontrolle und Prävention von MRSA im Saarland)</p> <p><i>Das Hauptziel ist die Verbesserung der Einführung und Sicherung der MRSA-Prävention und Kontrollstrategien innerhalb des Saarlandes durch einen Austausch von Wissen und Technologie zwischen den Akteuren des saarländischen Gesundheitssystems -Zweimal pro Jahr Teilnahme an Netzwerkkonferenzen</i></p>
3	<p>HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten</p> <p>Frequenz: jährlich</p> <p><i>Die Geräte zur Aufbereitung von Medizinprodukten sind validiert und werden, wenn im Rahmen der Validierung gefordert, mikrobiologisch geprüft.</i></p>
4	<p>HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)</p> <p>Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze</p>
5	<p>HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen</p>

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
- OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	<p>Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.</p>	<p>Ja</p> <p>https://www.kksaar.de/ueber-uns/Beschwerdemanagement/ind_ex.php</p>

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Unsere Vorgehensweise zum Beschwerdemanagement ist in einer Verfahrensweisung geregelt. Darin ist die Ablauforganisation (Beschwerdeanimation, -annahme, -bearbeitung und -auswertung) verbindlich festgelegt.</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja <i>Geregelt ist, dass jeder Mitarbeiter für die Annahme einer Beschwerde zuständig ist. Mündliche Beschwerden werden von dem angesprochenen Mitarbeiter auf dem dafür vorgesehenen Formular protokolliert und entsprechend der Verfahrensweisung bearbeitet.</i>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja <i>Schriftliche Beschwerden werden an die betroffene Abteilung weitergeleitet und um eine schriftliche Stellungnahme gebeten. Entsprechende Maßnahmen (Klärung des Problems, Gespräche mit betroffenen Mitarbeitern, Korrekturmaßnahmen, etc.) werden in Abstimmung mit dem Dienstvorgesetzten eingeleitet. Zudem können Anregungen auf dem Bogen "Ihre Meinung ist uns wichtig" notiert werden</i>
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja <i>Mündliche Beschwerden werden nach Dringlichkeit sofort bearbeitet oder eine Schnittstelle zum Fachbereich gebildet; um schnellstmögliche Abhilfe für den Beschwerdeführer zu ermöglichen. Eine Beantwortung erfolgt (nach akribischer Recherche oder a.s.a.p.), da diese teilweise von den Stellungnahmen der Fachbereiche abhängig ist.</i>
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>In der Verfahrensweisung sind die Ansprechpartner benannt und deren Aufgaben beschrieben.</i>
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Weiterer Ansprechpartner für die Patienten ist der Patientenfürsprecher mit wöchentlicher Sprechstunde (freitags, Sitzungssaal). Stationäre Patienten erhalten bei der Aufnahme ein Informationsblatt auf dem dessen Sprechzeiten angegeben sind und ein Merkblatt für Anregungen, Bitten und Beschwerden. Ein Briefkasten für Mitteilungen an den Patientenfürsprecher befindet sich in der Eingangshalle.</i>
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <i>Anonyme Beschwerden werden auf Wunsch des Beschwerdeführers vom annehmenden Mitarbeiter oder der Meinungs-/Beschwerdemanagerin entsprechend berücksichtigt. Zudem sind anonyme Meinungen über die im Haus zentral ausliegenden Meinungsbögen möglich.</i>

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
9	Patientenbefragungen	<p>Ja</p> <p><i>Es wird eine kontinuierliche (d.h. zeitlich unbefristete) Patientenbefragung durchgeführt. Jeder stationär aufgenommene Patient erhält dazu den Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig".</i></p>
10	Einweiserbefragungen	<p>Ja</p> <p><i>Die letzte Befragung der Zuweiser und Nicht-Zuweiser wurde intern, ohne externe Unterstützung, im Oktober/November 2022 durchgeführt.</i></p>

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Mario Schüller
Telefon	06897 574 3400
Fax	06897 574 2401
E-Mail	geschaefsfuehrung@kksaar.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Meinungs-/Beschwerdemanagerin
Titel, Vorname, Name	Ellen Braun
Telefon	06897 574 8551
E-Mail	ellen.braun@kksaar.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Peter Schönecker
Telefon	06821 73197
Fax	068975742401 574 2401
E-Mail	geschaefsfuehrung@kksaar.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	Leitung der Apotheke
Titel, Vorname, Name	Anja Paul
Telefon	06898 55 3311
Fax	06898 55 2275
E-Mail	anja.paul@kksaar.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	6

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	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
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	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
7	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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: Rekonstruktionen auf Station erfolgen durch Pflegepersonal unter Beachtung der Fachinformationen und hausinternen Hygieneanweisungen. Patientenindividuelle Parenteralia (Chemotherapie, Augenspritzen) werden durch pharmazeutisches Personal hergestellt. Fertigarzneimittel werden vor Ort applikationsfertig gemacht (bei i.v. Gabe Zugabe des Lösungsmittels oder Überführung in Trägerlösung)

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): Bestellung über MobiDik, Abgabe an Station erfolgt mit elektronischer Unterstützung, die Abgabe an den Patienten nicht.

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- 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: Kennzeichnungen bei Look-Alike Medikamenten. Pharmazeutische Visiten; Mibi Visite mit Frau Dr. Petit in Sulzbach ohne Apotheke, CIRS Meldesystem

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: Entlassbrief, Medikationsplan, Entlassrezept oder Mitgabe für Wochenende oder Feiertage

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
Erläuterungen	Eine externe Ombudsperson ist benannt, die als Ansprechpartner für Missachtung von Berufspflichten oder der Begehung von Straftaten zur Verfügung steht. Es gibt eine Unterarbeitsgruppe der AG Compliance die sich mit dem Thema befasst.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
2	SK03: Aufklärung
3	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
4	SK07: Sonstiges (Prävention)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>
2	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>

#	Gerätenummer	24h verfügbar
3	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich <i>Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten</i>
4	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich <i>Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens</i>
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder</i>
6	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
7	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich <i>Stoßwellen-Steinzerstörung</i> <i>Gerät zur Nierensteinzertrümmerung</i>
8	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i>
9	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i>
10	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i>
11	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</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

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

Ja

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

Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[2800] Neurologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	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	Chefärztin der Klinik für Neurologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Stefanie Behnke
Telefon	06897 574 1139
Fax	06897 574 2133
E-Mail	neurologie.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach
URL	https://kksaar.de/sulzbach/Kliniken-Zentren/Fachabteilungen-Klinik-Sulzbach/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	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen <i>Im Rahmen der Schlaganfallbehandlung</i>
2	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
3	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
4	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
5	VR04 - Duplexsonographie <i>der Hirnversorgenden Gefäße</i>
6	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
7	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
8	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
9	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen <i>Myasthenia gravis, Guillain Barré Syndrom, CIDP, Immunvaskulitis, Kollagenosen mit zentraler Beteiligung, Morbus Behcet, Neurosarkoidose</i>
10	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
11	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems <i>z. B. Demenzen, Parkinsonkrankheit</i>
12	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen <i>z.B. Meningitis, Encephalitis, Multiple Sklerose</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden <i>Epilepsie</i>
14	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
15	VN20 - Spezialsprechstunde <i>z.B. Botox, MS</i>
16	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
17	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
18	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
19	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen <i>M. Parkinson, Dystanien, Botox-Therapie</i>
20	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
21	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems <i>Nach den Richtlinien der DMSG (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft) als "Anerkanntes MS-Zentrum" ausgezeichnet.</i>
22	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
23	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
24	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>z.B. Alzheimer, Demenz</i>
25	VN24 - Stroke Unit <i>Zertifizierte Stroke Unit</i>
26	VN23 - Schmerztherapie <i>Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Neuropathien</i>
27	VN22 - Schlafmedizin
28	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin <i>im Rahmen der Stroke Unit und der interdisziplinären Intensivstation</i>
29	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie <i>Schwindelabklärung mit Hilfe moderner Diagnoseverfahren (Videonystagmografiegerät)</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
30	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen <i>Komplette Diagnostik und Therapie im Rahmen einer zertifizierten Stroke Unit</i>
31	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen <i>z. B. Amyotrophe Lateralsklerose</i>
32	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>im Rahmen der Schlaganfalltherapie</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	2075
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	178
2	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	134
3	H81.2	Neuropathia vestibularis	98
4	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	92
5	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	85
6	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	61
7	R20.1	Hypästhesie der Haut	59
8	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	45
9	G44.2	Spannungskopfschmerz	42
10	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	41

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
11	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	39
12	R42	Schwindel und Taumel	38
13	R55	Synkope und Kollaps	37
14	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	29
15	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	26
16	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	22
17	E86	Volumenmangel	21
18	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	19
19	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	18
20	R51	Kopfschmerz	17
21	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	16
22	E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	16
23	I95.1	Orthostatische Hypotonie	15
24	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	15
25	F05.1	Delir bei Demenz	15
26	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	15
27	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	14
28	G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	14
29	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	14
30	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	14

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	317
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	232

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	H81	Störungen der Vestibularfunktion	151
4	G40	Epilepsie	135
5	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	135
6	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	72
7	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	47
8	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	43
9	R42	Schwindel und Taumel	38
10	R55	Synkope und Kollaps	37
11	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	37
12	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	25
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	24
14	G43	Migräne	23
15	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	23
16	H53	Sehstörungen	23
17	B02	Zoster [Herpes zoster]	22
18	E86	Volumenmangel	21
19	G62	Sonstige Polyneuropathien	19
20	I95	Hypotonie	19
21	S06	Intrakranielle Verletzung	18
22	I61	Intrazerebrale Blutung	18
23	R51	Kopfschmerz	17
24	G37	Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	16
25	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	16
26	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	15
27	G91	Hydrozephalus	15
28	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	14
29	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	13
30	M48	Sonstige Spondylopathien	13

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3586
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1969
3	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1014
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	697
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	665
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	642
7	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	618
8	1-206	Neurographie	573
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	547
10	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	534
11	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	467
12	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	352
13	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	349
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	286
15	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	265
16	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	260
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	222
18	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	203
19	1-20a.30	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Elektro- und/oder Video-Nystagmographie	185

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	176
21	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	168
22	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	142
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	114
24	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	111
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	98
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	75
27	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	73
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	72
29	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	66
30	8-981.21	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	52

B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3586
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1969
3	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1014
4	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	774
5	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	697
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	665
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	642
8	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	618

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	1-206	Neurographie	573
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	548
11	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	547
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	534
13	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	485
14	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	481
15	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	286
16	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	260
17	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	203
18	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	187
19	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	168
20	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	117
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	114
22	8-547	Andere Immuntherapie	112
23	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	98
24	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	73
25	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	72
26	8-020	Therapeutische Injektion	39
27	1-205	Elektromyographie [EMG]	38
28	3-202	Native Computertomographie des Thorax	34
29	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	29
30	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	22

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
2	AM07 - Privatambulanz	
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)	
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM04	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
2	AM04	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
3	AM04	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
4	AM04	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
5	AM04	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
6	AM04	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
7	AM04	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
8	AM04	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
9	AM04	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
10	AM04	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
11	AM04	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
12	AM04	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
13	AM04	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
14	AM04	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen

#	Ambulanz	Leistung
15	AM04	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
16	AM04	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
17	AM04	VN23 - Schmerztherapie
18	AM04	VN24 - Stroke Unit

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

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

B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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	14,6	Fälle je VK/Person	156,015045	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	13,3

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	6,9	Fälle je VK/Person	329,365082	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,9	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	6,3
-----------------	-----------------	-----	------------------	-----

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
3	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin
4	ZF30 - Palliativmedizin

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt	33,1	Fälle je VK/Person	65,45741	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	33,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,4	Stationär	31,7

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2,3	Fälle je VK/Person	902,17395	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	0,9	Fälle je VK/Person	2305,55566	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,9

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

Gesamt		2,4	Fälle je VK/Person	864,5833
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,4

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,2	Fälle je VK/Person	3458,33325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,6	Stationär	0,6

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	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ12 - Notfallpflege
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ02 - Diplom

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP15 - Stomamanagement
4	ZP29 - Stroke Unit Care
5	ZP06 - Ernährungsmanagement
6	ZP09 - Kontinenzmanagement
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP03 - Diabetes z. B. Diabetesberatung

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

B-[0100] Innere Medizin

B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, kommissarisch (01/03.2022)
Titel, Vorname, Name	Dr. Thomas Rehm
Telefon	06897 574 0
Fax	06897 574 2101
E-Mail	innere.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie (04.2022 / 09.2023)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Özkan Kalem
Telefon	06897 574 1101
Fax	06897 574 2101
E-Mail	innere.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280

Ort	Sulzbach
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Gastroenterologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Patrizio Merloni
Telefon	06897 574 1322
Fax	06897 574 2101
E-Mail	innere.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach

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

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR06 - Endosonographie
2	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
3	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Zertifiziertes Diabetes-Typ-II-Zentrum</i>
4	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
5	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
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	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
11	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Nicht invasive Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen</i>
12	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
13	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
14	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
15	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
17	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
18	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
19	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
20	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
21	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Diagn. Spiegelung der Luftwege, Lungenfunktionsanalyse, Spiroergometrie, Druckmessung des Lungenkreislaufes (invasiv) oder Echokardiographie (nichtinvasiv), Angiographie der Lungenarterien, Provokationstests bei überempfindlichem Bronchialsystem, Schlafapnoescreening, Nasaler Highflow</i>
22	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
23	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
24	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
25	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI20 - Intensivmedizin
26	<i>Kompetente Behandlung, Therapie und Überwachung kritischer Behandlungsverläufe auf unserer interdisziplinären Intensivstation</i>
27	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
28	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
29	VI35 - Endoskopie
30	VI38 - Palliativmedizin
31	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
32	VI42 - Transfusionsmedizin

#	Medizinische Leistungsangebote
33	VI39 - Physikalische Therapie VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
34	<i>Diagnostik von Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße mittels Belastungstests. Stress-Ultraschalluntersuchungen und interdisziplinären nuklearmedizinischen Verfahren (Myokardszintigraphie)</i>
35	VI00 - („Sonstiges“) CED Ambulanz für Knappschafts- und Privatpatienten
36	VI00 - („Sonstiges“) Radiofrequenzablation
37	VI26 - Naturheilkunde
38	VI27 - Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl	3456
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	198
2	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	145
3	E86	Volumenmangel	127
4	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	111
5	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	110
6	R55	Synkope und Kollaps	109
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	86
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	77
9	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	72

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
10	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	67
11	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	57
12	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	50
13	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	47
14	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	39
15	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	38
16	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	37
17	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	37
18	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	37
19	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	35
20	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	33
21	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	33
22	K29.1	Sonstige akute Gastritis	31
23	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	29
24	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	29
25	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	28
26	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	26
27	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	26
28	A46	Erysipel [Wundrose]	25
29	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	25
30	K63.5	Polyp des Kolons	23

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	206
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	198
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	193
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	146
5	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	145
6	E86	Volumenmangel	127
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	111
8	R55	Synkope und Kollaps	109
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	88
10	N17	Akutes Nierenversagen	86
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	82
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	80
13	K80	Cholelithiasis	66
14	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	62
15	K29	Gastritis und Duodenitis	61
16	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	59
17	K57	Divertikulose des Darmes	56
18	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	51
19	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	48
20	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	47
21	A41	Sonstige Sepsis	43
22	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	41
23	K85	Akute Pankreatitis	41
24	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	32
25	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	29
26	K70	Alkoholische Leberkrankheit	28
27	D50	Eisenmangelanämie	27

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	I26	Lungenembolie	27
29	D64	Sonstige Anämien	26
30	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	26

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1345
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	641
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	516
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	474
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	404
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	378
7	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	332
8	1-710	Ganzkörperplethysmographie	309
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	301
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	272
11	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	247
12	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	214
13	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	198
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	131
15	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	118

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	112
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	110
18	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	108
19	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	95
20	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	86
21	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	79
22	3-056	Endosonographie des Pankreas	75
23	3-202	Native Computertomographie des Thorax	69
24	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	68
25	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	68
26	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	67
27	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	65
28	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	65
29	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	55
30	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	55

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1345
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1304
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	643
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	516

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	490
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	378
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	373
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	339
9	1-710	Ganzkörperplethysmographie	309
10	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	301
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	272
12	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	160
13	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	119
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	113
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	112
16	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	110
17	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	103
18	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	93
19	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	88
20	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	76
21	3-056	Endosonographie des Pankreas	75
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	69
23	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	68
24	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	67
25	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	65
26	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	55
27	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	55
28	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	54
29	5-469	Andere Operationen am Darm	49

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	41

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	<i>CED Ambulanz für Knappschafts- und Privatpatienten</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Schrittmacherkontrolle und bei knappschaftsversicherten Patienten ohne Einschränkung</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
2	AM07	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	AM07	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	AM07	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	AM07	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
6	AM07	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	AM07	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
8	AM07	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
9	AM07	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

#	Ambulanz	Leistung
10	AM07	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
11	AM07	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
12	AM07	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	AM07	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
14	AM07	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
15	AM07	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
16	AM07	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
17	AM07	VI35 - Endoskopie

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	21,5	Fälle je VK/Person	176,326523
--------	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,4	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	1,9	Stationär	19,6

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,2	Fälle je VK/Person	523,636353
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,1	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	6,6

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
2	AQ23 - Innere Medizin
3	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
4	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
5	AQ01 - Anästhesiologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF27 - Naturheilverfahren
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF30 - Palliativmedizin
6	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt		52,3	Fälle je VK/Person	70,10142
Beschäftigungsverhältnis	Mit	52,3	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	3	Stationär	49,3
-----------------	-----------------	---	------------------	------

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,5	Fälle je VK/Person	1382,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		4,4	Fälle je VK/Person	785,4545
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,4

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

Gesamt		3,5	Fälle je VK/Person	987,4286
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,5	Fälle je VK/Person	406,588226
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	8,5

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ02 - Diplom
7	PQ11 - Pflege in der Nephrologie

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes
2	ZP06 - Ernährungsmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP09 - Kontinenzmanagement
5	ZP15 - Stomamanagement

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

B-[2200] Urologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Urologie

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Urologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christoph Lang
Telefon	06897 574 1171
Fax	06897 574 2172
E-Mail	urologie@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach
URL	https://kk-sulzbach.de/kliniken-zentren/fachabteilungen-krankenhaus-sulzbach/urologie

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 z.B. Inkontinenzoperationen
2	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik Abklärung neurogener Funktionsstörungen
3	VU18 - Schmerztherapie in Kooperation mit der Anästhesie
4	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
5	VU18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen ambulante und stationäre Chemotherapie (topisch und systemisch)
6	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
7	VU09 - Neuro-Urologie Abklärung von neurogenen Blasenentleerungsstörungen und Erektionsstörungen
8	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase Z.B. Nierenbeckenplastik, Antirefluxplastik, Ureterozystoneostomie
9	VU13 - Tumorchirurgie Cystektomie (Blasentumore), radikale Prostatektomie, (Prostatakarzinom), Nierentumore, Genitaltumore (Penistumore, Hodentumore)
10	VU08 - Kinderurologie z.B. Kryptorchismus, Refluxerkrankungen, Phimose
11	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen Endoskopische Chirurgie des Harntraktes: Harnleiter-, Nierenspiegelung mit Steinentfernung und Probenentnahme (URS). TUR-Prostata, Laservaporesektion und -enukulation der Prostata, TUR-Blase unter photodynamischer Diagnostik
12	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz in Kooperation mit niedergelassenem Nephrologen
13	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane <i>z.B. Penisdeviation, Hypospadie</i>
15	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten <i>in Kooperation mit niedergelassenem Nephrologen</i>
16	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>Nierensteinbehandlung: Steinertrümmerung durch Stosswelle (ESWL), starre und flexible Ureterorenoskopie (URS), retrograd, intrarenal Surgery, Perkutane Nephrolitholapaxie (PNL), minimalinvasive perkutane Nephrolitholapaxie (Mini-PCNL)</i>
17	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
18	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
19	VG07 - Inkontinenzchirurgie <i>Belastungsinkontinenz mit überaktiver Harnblase, Overactive Bladder (OAB) konservativ und operativ, Einsatz von Botulinumtoxin</i>
20	VU14 - Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl	2653
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	356
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	259
3	N40	Prostatahyperplasie	251
4	D09.0	Carcinoma in situ: Harnblase	161
5	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	149
6	N13.29	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisation nicht näher bezeichnet	133

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	107
8	N20.0	Nierenstein	92
9	N20.1	Ureterstein	86
10	N13.20	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein	78
11	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	73
12	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	55
13	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	39
14	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	37
15	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	36
16	R33	Harnverhaltung	36
17	N21.0	Stein in der Harnblase	29
18	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	27
19	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	26
20	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	26
21	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	25
22	C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	21
23	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	21
24	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	20
25	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	19
26	N41.0	Akute Prostatitis	19
27	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	18
28	N32.0	Blasenhalsobstruktion	17
29	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase	15
30	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	15

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	701
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	290
3	N40	Prostatahyperplasie	251
4	N20	Nieren- und Ureterstein	218
5	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	163
6	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	149
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	107
8	N45	Orchitis und Epididymitis	63
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	57
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	47
11	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	47
12	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	40
13	N35	Harnröhrenstriktur	38
14	R33	Harnverhaltung	36
15	N21	Stein in den unteren Harnwegen	29
16	N30	Zystitis	28
17	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	27
18	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	26
19	C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	23
20	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnorgane	21
21	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	19
22	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	17
23	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	15
24	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	15
25	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	14

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	N17	Akutes Nierenversagen	13
27	N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	12
28	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	12
29	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	10
30	C60	Bösartige Neubildung des Penis	10

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-98k.0	Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	1650
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	1305
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	1097
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	917
5	3-13d.5	Urographie: Retrograd	912
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	510
7	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	448
8	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	431
9	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävilinsäure	368
10	8-132.0	Manipulationen an der Harnblase: Instillation	339
11	8-137.13	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Intraoperativ	311
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	290
13	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	257
14	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	229
15	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	188

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	183
17	9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	168
18	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	163
19	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	137
20	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	134
21	5-98k.2	Art des Zystoskops: Flexibles wiederverwendbares Zystoskop	128
22	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	127
23	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	127
24	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	122
25	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	119
26	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	118
27	1-465.90	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: Weniger als 20 Zylinder	117
28	8-133.1	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung	109
29	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	108
30	5-550.31	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	106

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-98k	Art des Zystoskops	1784
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	1624

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	1305
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1138
5	3-13d	Urographie	966
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	917
7	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	546
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	510
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	494
10	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	431
11	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	313
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	290
13	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	270
14	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	259
15	5-572	Zystostomie	234
16	9-401	Psychosoziale Interventionen	206
17	5-985	Lasertechnik	197
18	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	186
19	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	180
20	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	142
21	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	132
22	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	118
23	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	108
24	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	89
25	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	79
26	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	70

#	OPS-4-Code	Umgangspr. Bezeichnung	Anzahl
27	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	69
28	5-640	Operationen am Präputium	68
29	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	64
30	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	61

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	zusätzlich Knappschaftsambulanz
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
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)	bei knappschaftsversicherten Patienten ohne Einschränkung, bei Fremdkassen auf Überweisung von niedergelassenen Urologen ESWL, Urodynamik; retrogrades Urogramm, Wechsel/Einlage Doppel-J-Schiene, Wechsel Nierenfistelkatheter, Sakralnervenblockade, Ambulante Chemotherapie

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM04	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
2	AM04	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
3	AM04	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
4	AM04	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
5	AM04	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten

#	Ambulanz	Leistung
6	AM04	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
7	AM04	VU08 - Kinderurologie
8	AM04	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
9	AM04	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
10	AM04	VU09 - Neuro-Urologie
11	AM04	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
12	AM04	VU13 - Tumorchirurgie
13	AM04	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	< 4
2	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
2	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 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		10,6	Fälle je VK/Person	273,505157
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	9,7

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,5	Fälle je VK/Person	442,166656
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	6

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		28,2	Fälle je VK/Person	110,541672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,2	Stationär	24

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	3316,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,6	Fälle je VK/Person	1658,125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,6

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

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	2947,77783
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,9

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,3	Fälle je VK/Person	855,806458
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	3,1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,9	Fälle je VK/Person	829,0625
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	3,2

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ01 - Bachelor

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
7	PQ02 - Diplom
8	PQ12 - Notfallpflege
9	PQ07 - Pflege in der Onkologie

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
	ZP03 - Diabetes
4	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
5	ZP09 - Kontinenzmanagement

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

B-[2700] Augenheilkunde

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Augenheilkunde

B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Peter Szurman
Telefon	06897 574 1119
Fax	06897 574 2139
E-Mail	augenklinik@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach
URL	http://www.augenklinik-sulzbach.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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde</p> <p><i>Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankung: Tränenfilm-Aufrißzeit, Schirmer-Test, Exophthalmometrie, Harmswand, Pupillendiagnostik, Pupillometrie</i></p>
2	<p>VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit</p>
3	<p>VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen</p> <p><i>Botulinumtoxin-Injektionen bei Blepharospasmus, Behandlung neuroophthalmologischer Erkrankungen mit MRT, EOG, ERG, VEP.</i></p>
4	<p>VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde</p>
5	<p>VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation</p> <p><i>Anpassung von Lupenbrillen, Fernrohrbrillen und Bildschirmlesegeräten</i></p>
6	<p>VA15 - Plastische Chirurgie</p> <p><i>Plastische Chirurgie: Tumorchirurgie, rekonstruktive Chirurgie, kosmetische Chirurgie, Lappenplastiken, Korrektur von Lidfehlstellungen</i></p>
7	<p>VA18 - Laserchirurgie des Auges</p> <p><i>Femtolaserschirurgie, Durchführung von Lasertherapie an der Netzhaut bei Verschlüssen, Diabetes, Makuladegeneration, Aneurysmata, Nachstar-OP, Erstellung eines zusätzlichen Abflusses bei Glaukom (Iridotomie), Durchführung refraktiver Eingriffe (Photorefraktive Keratektomie, LASEK)</i></p>
8	<p>VA17 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Refraktive Sprechstunde (ICL, Cachet, Clear-lens extraction, Add-on linse, laserchirurgische Eingriffe wie PRK oder LASEK), Neuroophthalmologische Sprechstunde, Uveitis-Sprechstunde, Glaukom-Sprechstunde, Katarakt-Sprechstunde, Kinder-Sprechstunde, Lid- und Orbitachirurgie-Sprechstunde, Hornhaut...</i></p>
9	<p>VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn</p> <p><i>Durchführung von Gesichtsfeld-Messungen, Fotodokumentation, EOG, ERG, VEP und MRT zur Behandlung und Therapie neuroophthalmologischer Erkrankungen oder bei Glaukom.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
10	<i>Korrektur hängender Augenlider, Korrektur von Lidfehlstellungen (Ektropium, Entropium) durch alle gängigen OP-Methoden, Entfernung von nach innen gewachsenen Wimpern (Wimpernepilation). Entfernung von tumorösen Hautveränderungen oder Gerstenkörnern (Chalazion).</i>
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
11	<i>Z.B bei störenden Glaskörpertrübungen oder Glaskörperblutungen bei Diabetes. In der Hinterabschnittschirurgie werden netzhaut- und glaskörperchirurgische Operationen aller Art durchgeführt, ein Schwerpunkt der Abteilung.</i>
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
12	<i>Alle modernen operativen Behandlungsverfahren des Grünen Stars (Glaukom). Das wichtigste Verfahren ist derzeit die Kanaloplastik, welche über die Sondierung und Aufdehnung der Kammerwasser-Abflusswege eine besonders schonende und komplikationsarme Form der Augeninnendrucksenkung darstel...</i>
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
13	<i>Modernste Diagnostik und Therapie der Netzhautablösung, z.B. Glaskörperentfernung (Vitrektomie) mit Einbringung von Gas oder Öl zur Wiederanlage der Netzhaut oder durch Eindellung des Augapfels mit Hilfe einer Silikonplombe (Plombenchirurgie) oder Cerclage (Ringband). Bei Blutunge...</i>
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
14	<i>Brillen, Kontaktlinsen</i>
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
15	<i>Diagnostik und Therapie des Grauen Stars. Dabei können individuell Speziallinsen eingesetzt werden um z.B. eine Hornhautverkrümmung auszugleichen. Auch Multifokallinsen oder torische Multifokallinsen werden auf Wunsch bei Eignung angewendet.</i>
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
16	<i>Hornhautchirurgie einschließlich der perforierenden und lamellären Hornhauttransplantation (Keratoplastik, DMEK), Pterygium-OP (Flügelfell-OP), die Abtragung von defekter Hornhaut oder Hornhautnarben mit dem Laser (Phototherapeutische Keratektomie-PTK) und Amniondeckung</i>
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
17	<i>Sehschule mit konservativer und operativer Schielbehandlung bei Kindern und Erwachsenen.</i>
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
18	<i>Untersuchungen und Therapien von Bindehauterkrankungen</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	5440
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	960
2	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	732
3	H35.38	Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles	709
4	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	583
5	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	315
6	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	160
7	T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	133
8	H43.1	Glaskörperblutung	118
9	H16.0	Ulcus corneae	111
10	T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges	103
11	H02.3	Blepharochalasis	73
12	H35.6	Netzhautblutung	65
13	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	62
14	H02.4	Ptoxis des Augenlides	59
15	H02.1	Ektropium des Augenlides	56
16	H04.5	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege	56
17	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	49
18	H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	48
19	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	46
20	H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	41
21	H27.0	Aphakie	37
22	H40.0	Glaukomverdacht	34

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
23	H18.4	Hornhautdegeneration	32
24	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	28
25	B02.3	Zoster ophthalmicus	28
26	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	27
27	H11.0	Pterygium	26
28	H40.4	Glaukom (sekundär) nach Entzündung des Auges	24
29	H47.1	Stauungspapille, nicht näher bezeichnet	24
30	H16.4	Neovaskularisation der Hornhaut	23

B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Glaukom	1237
2	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	820
3	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	796
4	H25	Cataracta senilis	601
5	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	379
6	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	254
7	H43	Affektionen des Glaskörpers	160
8	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	154
9	H16	Keratitis	141
10	T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	103
11	H34	Netzhautgefäßverschluss	95
12	H04	Affektionen des Tränenapparates	85
13	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	62
14	H27	Sonstige Affektionen der Linse	47
15	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	46
16	S05	Verletzung des Auges und der Orbita	43

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	H44	Affektionen des Augapfels	41
18	H26	Sonstige Kataraktformen	41
19	H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	39
20	B02	Zoster [Herpes zoster]	28
21	H20	Iridozyklitis	20
22	H21	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	18
23	H50	Sonstiger Strabismus	16
24	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	11
25	H00	Hordeolum und Chalazion	11
26	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	9
27	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Auges	9
28	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9
29	H15	Affektionen der Sklera	8
30	H17	Hornhautnarben und -trübungen	8

B-[2700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	2558
2	5-159.4	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Nahtlose transkonjunktivale Vitrektomie mit Einmalinstrumenten	2013
3	5-983	Reoperation	1472
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	1446
5	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	1222

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	955
7	5-985.0	Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser	940
8	5-158.5	Pars-plana-Vitrektomie: Anfärben von Glaskörper, epiretinalen Membranen oder der Membrana limitans interna mit Triamcinolon oder Farbstofflösungen	916
9	5-154.4	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Durch schwere Flüssigkeiten	700
10	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	694
11	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	534
12	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	457
13	5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	428
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	367
15	5-139.10	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	338
16	5-125.01	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, lamellär: Posterior	326
17	5-134.10	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Tiefe Sklerektomie: Ohne Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	309
18	5-158.42	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Andere Gase	285
19	5-158.20	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Elektrolytlösung	258
20	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	236
21	5-158.10	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Elektrolytlösung	230
22	5-138.10	Operationen an der Sklera: Naht der Sklera: Primäre Naht	226
23	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	211
24	5-142.1	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	195

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	5-131.x	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Sonstige	179
26	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	175
27	5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	172
28	5-115	Naht der Konjunktiva	168
29	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	167
30	5-131.62	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den suprachoroidalen Raum	158

B-[2700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	2992
2	1-220	Messung des Augeninnendruckes	2558
3	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	2156
4	5-983	Reoperation	1472
5	8-900	Intravenöse Anästhesie	1446
6	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	1286
7	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	1107
8	5-985	Lasertechnik	977
9	5-156	Andere Operationen an der Retina	947
10	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	912
11	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	802
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	751
13	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	584
14	8-547	Andere Immuntherapie	534

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	518
16	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	457
17	5-125	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik	457
18	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	427
19	5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	367
20	5-097	Blepharoplastik	265
21	5-142	Kapsulotomie der Linse	247
22	5-123	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea	241
23	5-138	Operationen an der Sklera	239
24	5-137	Andere Operationen an der Iris	212
25	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	211
26	8-020	Therapeutische Injektion	211
27	5-115	Naht der Konjunktiva	168
28	5-129	Andere Operationen an der Kornea	163
29	5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	159
30	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	124

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

#	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)	<i>Bei Knappschaftsvers. Pat. ohne Einschränkung, bei Fremdkassen im Rahmen der Institutionsambulanz: u.a. FLA, Strabologie, Neuroophthalmologie, Glaukom, Sonogr., Biometrie, vergrößernde Sehhilfen, Kontaktlinsenkontr., Verbandlinsen; Fundusunters; im Rahmen der Ermächtigung: intravitreale Injektionen</i>
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
4	AM07 - Privatambulanz	
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
2	AM11	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
3	AM11	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
4	AM11	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
5	AM11	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
6	AM11	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
7	AM11	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
8	AM11	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
9	AM11	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
10	AM11	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
11	AM11	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
12	AM11	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
13	AM11	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
14	AM11	VA18 - Laserchirurgie des Auges
15	AM11	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
16	AM11	VA17 - Spezialsprechstunde

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-129.4	Andere Operationen an der Kornea: Entfernung einer Hornhautnaht	40
2	5-091.30	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	9
3	5-159.00	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Elektrolytlösung	< 4
4	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	< 4
5	5-142.2	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser	< 4
6	5-137.4	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	< 4

B-[2700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-129	Andere Operationen an der Kornea	40
2	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	9
3	5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	< 4
4	5-137	Andere Operationen an der Iris	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	5-142	Kapsulotomie der Linse	< 4
6	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	< 4

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

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

B-[2700].11 Personelle Ausstattung

B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	29,5	Fälle je VK/Person	240,707962
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	22,6

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	11,5	Fälle je VK/Person	618,1818
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	8,8

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 39

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

Gesamt		50,6	Fälle je VK/Person	134,320984
Beschäftigungsverhältnis	Mit	50,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	10,1	Stationär	40,5

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	5440
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	18133,332
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,1	Fälle je VK/Person	4945,45459
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,1

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

Gesamt		3,2	Fälle je VK/Person	1813,33337
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		17,8	Fälle je VK/Person	1700
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	14,6	Stationär	3,2

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ02 - Diplom

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP09 - Kontinenzmanagement
4	ZP03 - Diabetes z. B. Diabetesberatung
5	ZP06 - Ernährungsmanagement

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

B-[1500] Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jochen Schuld
Telefon	06897 574 1109
Fax	06897 574 2110
E-Mail	chirurgie.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Unfallchirurgie und Orthopädie
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. med. Thomas Siebel
Telefon	06897 574 1271
Fax	06897 574 2271
E-Mail	orthopaedie-unfallchirurgie.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach

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	VG07 - Inkontinenzchirurgie <i>Einleiten der interdisziplinären, auch gynäkologisch und urologischen Diagnostik mit konservativer bzw. ggf. operativer Therapie</i>
2	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
3	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
4	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
5	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
6	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
7	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
8	VO16 - Handchirurgie <i>z.B. Frakturen, Karpaltunnelsyndrom,</i>
9	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma VC24 - Tumorchirurgie
10	<i>Schilddrüsentumore, Tumore der Speiseröhre und des Magens, Dickdarmtumore, Enddarmtumore, Multi-Viscerale Resektionen, Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP)</i>
11	VO21 - Traumatologie <i>Operative und konservative Versorgung von unfallbedingten Verletzungen und Wunden</i>
12	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>z.B. Thrombosen, Krampfadern / z.B. Ulcus cruris/ offenes Bein</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
13	<p>VC58 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Onkologische Sprechstunde mit Tumorkonferenz, proktologische Sprechstunde, BG-liche Ambulanz</i></p>
14	<p>VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven</p> <p><i>Hierzu gehören Operationen bei Kompressionssyndromen (z.B. Karpaltunnelsyndrom)</i></p>
15	<p>VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie</p> <p><i>Operative, resezierende Verfahren von Malignomen/Rundherden. Minimal-invasive, laparoskopische Verfahren</i></p>
16	VC71 - Notfallmedizin
17	<p>VC22 - Magen-Darm-Chirurgie</p> <p><i>Im Magen-Darm-Zentrum Saar, Gastroenterologisches und Viszeralchirurgisches Kompetenzzentrum am KK Sulzbach. Teilnahme an der freiwilligen externen Qualitätssicherung beim WDC.</i></p>
18	<p>VC21 - Endokrine Chirurgie</p> <p><i>Chirurgie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse und der Nebenniere</i></p>
19	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
20	<p>VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen</p> <p><i>z.B. intravenöse Behandlung, auch in Kombination mit speziellem Wundmanagement</i></p>
21	<p>VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>Video-endoskopische Chirurgie oder Schlüsselloch-Chirurgie bietet den Vorteil, dass nur winzige Schnitte erforderlich sind. Der Bauchraum wird nicht über einen großen Schnitt eröffnet. Dadurch hat der Patient nach der OP weniger Schmerzen, der Heilungsverlauf wird beschleunigt...</i></p>
22	<p>VC62 - Portimplantation</p> <p><i>subkutaner, dauerhafter Zugang zum venösen Blutkreislauf</i></p>
23	<p>VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes</p> <p><i>Versorgung und Überwachung von Patienten mit Schädel-Hirn-Tauma. Kooperation und Teleradiologie mit der Klinik für Neurochirurgie an der Uniklinik Homurg.</i></p>
24	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
25	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
26	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen

#	Medizinische Leistungsangebote
27	<p>VC30 - Septische Knochenchirurgie</p> <p><i>z.B. Teilentfernung von Knochen unter Erhalt der Knochenkontinuität, Kompletentfernung erkrankter Knochenabschnitte bei bakterieller Infektion des Knochengewebes. Ziel der Behandlung ist die Infektfreiheit bei erhaltener Funktion der Extremität.</i></p>
28	<p>VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule</p> <p><i>Behandlung von therapieresistenten Beschwerden der Wirbelsäule durch Bandscheibenschäden, Instabilitäten oder Erkrankungen, die Behandlung der Osteoporose und von Wirbelkörperkompressionsbrüchen</i></p>
29	<p>VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand</p> <p><i>Einleitung der operativen und konservativen Verfahren unter Einsatz minimal osteosynthetischer Verfahren</i></p>
30	<p>VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels</p> <p><i>Einleitung der operativen und konservativen Therapie unter Einsatz minimal-invasiver osteosynthetischer Verfahren und der Arthroskopie</i></p>
31	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
32	<p>VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren</p> <p><i>Druckgeschwür, lokale Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes</i></p>
33	<p>VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen</p> <p><i>Ultraschall, Röntgen, CT, Kernspin, Ruhigstellung, konservative und operative Therapie</i></p>
34	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
35	VO17 - Rheumachirurgie
36	<p>VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels</p> <p><i>Erstversorgung erkrankter oder verletzter Hüftgelenke mit zementfreien oder zementierten künstlichen Gelenken, Winkelstabile Plattensysteme, Titan-Nagelungen</i></p>
37	<p>VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes</p> <p><i>Erstversorgung mit Einleitung operativer und konservativer Therapie u. a. unter Einsatz minimal-invasiv-osteosynthetischer Verfahren</i></p>
38	<p>VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens</p> <p><i>Einleitung der operativen und konservativen Therapie. Operative Versorgung (Dekompression, Wirbelkörperersatz, dorsoventrale Spondylodesen, ggf. Kyphoplastie) über Krankenhaus Püttlingen</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
39	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>Erstversorgung erkrankter oder verletzter Schultergelenke mit zementfreien oder zementierten künstlichen Gelenken. Winkelstabile Plattensysteme, Titan-Nagelungen</i>
40	VC63 - Amputationschirurgie <i>bei Arterieller Verschlusskrankheit</i>
41	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes <i>Einleitung der operativen und konservativen Verfahren u. a. unter Einsatz minimal osteosynthetischer Verfahren und des Bewegungs-Fixateur externe</i>
42	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Operationen zum Aufbau bzw. zur Wiederherstellung von Bändern</i>
43	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
44	VC66 - Arthroskopische Operationen
45	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
46	VC69 - Verbrennungschirurgie
47	VO15 - Fußchirurgie
48	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
49	VO19 - Schulterchirurgie
50	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
51	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
52	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
53	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
54	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
55	VO13 - Spezialsprechstunde
56	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
57	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
58	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
59	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
60	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
61	VO14 - Endoprothetik

#	Medizinische Leistungsangebote
62	VR02 - Native Sonographie
63	VR04 - Duplexsonographie

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

Vollstationäre Fallzahl	2131
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	149
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	113
3	S06.0	Gehirnerschütterung	112
4	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	102
5	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	87
6	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	51
7	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	46
8	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	44
9	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	40
10	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	36
11	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	32
12	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	31
13	M54.4	Lumboischialgie	31
14	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	29
15	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	28
16	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	27

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
17	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	27
18	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	26
19	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	23
20	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	22
21	S32.5	Fraktur des Os pubis	21
22	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	20
23	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	20
24	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	18
25	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	18
26	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	17
27	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	17
28	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	17
29	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	16
30	S70.0	Prellung der Hüfte	15

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	177
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	154
3	K80	Cholelithiasis	138
4	S72	Fraktur des Femurs	128
5	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	122
6	S06	Intrakranielle Verletzung	118
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	77
8	K57	Divertikulose des Darmes	73

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	S52	Fraktur des Unterarmes	65
10	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	64
11	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	61
12	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	49
13	M54	Rückenschmerzen	49
14	K43	Hernia ventralis	47
15	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	43
16	E04	Sonstige nichttoxische Struma	43
17	K35	Akute Appendizitis	35
18	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	34
19	K42	Hernia umbilicalis	32
20	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	29
21	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	28
22	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	24
23	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	22
24	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	21
25	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	20
26	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	17
27	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	16
28	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	16
29	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	15
30	K44	Hernia diaphragmatica	15

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	931
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	319
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	198
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	182
5	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	172
6	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	171
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	158
8	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	125
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	118
10	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	116
11	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	116
12	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	110
13	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	108
14	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	105
15	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	101
16	3-206	Native Computertomographie des Beckens	81
17	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	73
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	71
19	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	69
20	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	65

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	5-069.41	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Kontinuierlich [CIONM]	65
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	61
23	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	47
24	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	44
25	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	40
26	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	39
27	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	37
28	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	37
29	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	36
30	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	35

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	931
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	481
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	319
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	233
5	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	203

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	200
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	198
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	176
9	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	176
10	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	172
11	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	172
12	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	150
13	5-511	Cholezystektomie	132
14	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	118
15	5-916	Temporäre Weichteildeckung	115
16	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	110
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	108
18	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	91
19	3-206	Native Computertomographie des Beckens	81
20	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	81
21	5-469	Andere Operationen am Darm	80
22	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	79
23	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	73
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	73
25	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	73
26	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	72
27	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	69
28	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	69
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	66
30	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	64

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	<i>u.a. Stomasprechstunde</i>
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
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)	<i>Bei knappschaftsversicherten Patienten u.a. Stomasprechstunde</i>
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VC66 - Arthroskopische Operationen
2	AM07	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	AM07	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
4	AM07	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
5	AM07	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
6	AM07	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
7	AM07	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
8	AM07	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
9	AM07	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
10	AM07	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
11	AM07	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
12	AM07	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	AM07	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
14	AM07	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
15	AM07	VC62 - Portimplantation

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-790.1v	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale	< 4
2	5-795.kv	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale	< 4
3	5-852.65	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Brustwand und Rücken	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
2	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		15,5	Fälle je VK/Person	151,13475
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,4	Stationär	14,1

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10	Fälle je VK/Person	234,175812
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	9,1

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie
4	AQ07 - Gefäßchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF34 - Proktologie
4	ZF37 - Rehabilitationswesen
5	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
6	ZF72 - Physikalische Therapie
7	ZF44 - Sportmedizin
8	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –

#	Zusatz-Weiterbildung
9	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
10	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
11	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		35,4	Fälle je VK/Person	71,03333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	35,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,4	Stationär	30

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,3	Fälle je VK/Person	645,757568
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,2	Fälle je VK/Person	968,636353
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,2

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

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	1065,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,2	Fälle je VK/Person	434,897949
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	4,9

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,2	Fälle je VK/Person	968,636353
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,2

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ02 - Diplom
6	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP03 - Diabetes z. B. Diabetesberatung
5	ZP09 - Kontinenzmanagement

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

B-[3200] Radiologie und Nuklearmedizin

B-[3200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Radiologie und Nuklearmedizin

B-[3200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3200 - Nuklearmedizin

B-[3200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Adams
Telefon	06897 574 1149
Fax	06897 574 2159
E-Mail	radiologie.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach
URL	https://kk-sulzbach.de/kliniken-zentren/fachabteilungen-krankenhaus-sulzbach/radiologie-und-nuklearmedizin

B-[3200].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-[3200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
2	VR16 - Phlebographie
3	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
4	VR18 - Szintigraphie
5	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
6	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
7	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
8	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
9	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
10	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
11	VR04 - Duplexsonographie
12	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
13	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
15	VR02 - Native Sonographie
16	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
17	VR41 - Interventionelle Radiologie
18	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
19	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
20	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
21	VR44 - Teleradiologie
22	VR40 - Spezialsprechstunde
23	VR39 - Radiojodtherapie
24	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden
25	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)

B-[3200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	149
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	75
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	45
3	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	20
4	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	9

B-[3200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	104
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	45

B-[3200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	52
2	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	52
3	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	38
4	3-202	Native Computertomographie des Thorax	34
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	34
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	34

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
7	3-70c.01	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	23
8	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	20
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
10	3-70b.0	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden: Radiojod-2-Phasentest	< 4
11	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	< 4
12	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4
13	8-531.01	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	< 4
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
16	8-531.21	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 oder mehr GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	< 4

B-[3200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-531	Radiojodtherapie	126
2	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	38
3	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	34
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	34
5	3-202	Native Computertomographie des Thorax	34
6	3-70c	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	23
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
8	3-70b	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden	< 4
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	< 4
10	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4

B-[3200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
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)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <i>bei knappschaftsversicherten Patienten ohne Einschränkung, bei Fremdkassen: Dacryozystorhinographie</i> </div>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[3200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
2	AM07	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
3	AM07	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	AM07	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
5	AM07	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
6	AM07	VR41 - Interventionelle Radiologie
7	AM07	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
8	AM07	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
9	AM07	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
10	AM07	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
11	AM07	VR02 - Native Sonographie
12	AM07	VR16 - Phlebographie
13	AM07	VR39 - Radiojodtherapie
14	AM07	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
15	AM07	VR18 - Szintigraphie

#	Ambulanz	Leistung
16	AM07	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden

B-[3200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3200].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3200].11 Personelle Ausstattung

B-[3200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	8,8	Fälle je VK/Person	18,86076	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	7,9

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,5	Fälle je VK/Person	37,25	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	4

B-[3200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ44 - Nuklearmedizin

B-[3200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[3200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	298
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,9	Fälle je VK/Person	99,33333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,4	Stationär	1,5

B-[3200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ02 - Diplom

B-[3200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP09 - Kontinenzmanagement
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP03 - Diabetes <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <i>z. B. Diabetesberatung</i> </div>

B-[3200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600] Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie und Intensivmedizin

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Klaus-Dieter Gerber
Telefon	06897 574 1141
Fax	06897 574 1143
E-Mail	anaesthesie.sulzbach@kksaar.de
Strasse	An der Klinik
Hausnummer	10
PLZ	66280
Ort	Sulzbach
URL	https://kk-sulzbach.de/kliniken-zentren/fachabteilungen-krankenhaus-sulzbach/anaesthesie-und-intensivmedizin

B-[3600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 - Intensivmedizin
2	VI40 - Schmerztherapie

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

Vollstationäre Fallzahl	328
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	49
2	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	13
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	11
4	F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	10
5	T50.9	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	9
6	F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	7
7	J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	7
8	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	6
9	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	6
10	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	5
11	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	5
12	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	5
13	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	5

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	5
15	F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	5
16	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	5
17	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	4
18	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	4
19	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	4
20	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	< 4
21	F12.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
22	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
23	R40.0	Somnolenz	< 4
24	R57.2	Septischer Schock	< 4
25	T75.4	Schäden durch elektrischen Strom	< 4
26	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	< 4
27	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	< 4
28	I35.0	Aortenklappenstenose	< 4
29	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
30	S06.32	Umschriebene Kleinhirnkontusion	< 4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	51
2	A41	Sonstige Sepsis	23
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	11
4	F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	11
5	G40	Epilepsie	11
6	S06	Intrakranielle Verletzung	11
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	10

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	I50	Herzinsuffizienz	9
9	T50	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	9
10	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	8
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
12	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	6
13	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	6
14	N17	Akutes Nierenversagen	5
15	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	5
16	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	5
17	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	5
18	S72	Fraktur des Femurs	5
19	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	4
20	R57	Schock, anderenorts nicht klassifiziert	4
21	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	4
22	I46	Herzstillstand	< 4
23	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	< 4
24	I26	Lungenembolie	< 4
25	T75	Schäden durch sonstige äußere Ursachen	< 4
26	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	< 4
27	I63	Hirnfarkt	< 4
28	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
29	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	< 4

B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	932
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	514
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	308
4	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	195
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	182
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	115
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	92
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	91
9	8-701	Einfache endotracheale Intubation	91
10	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	77
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	70
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	66
13	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	64
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	62
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	62
16	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	53
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	47
18	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	46
19	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	45
20	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	44

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	42
22	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	41
23	8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen	40
24	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	38
25	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	37
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	31
27	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	31
28	1-717.0	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials: Mit Feststellung eines nicht vorhandenen Beatmungsentwöhnungspotenzials	26
29	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	25
30	1-717.1	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials: Mit Indikationsstellung zur weiteren Beatmungsentwöhnungsbehandlung	24

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	932
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	514
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	308
4	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	304
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	224
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	221
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	115
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	111

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	8-701	Einfache endotracheale Intubation	91
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	91
11	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	85
12	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	77
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	70
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	66
15	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	64
16	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	53
17	1-717	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials	50
18	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	47
19	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	46
20	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	44
21	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	42
22	8-854	Hämodialyse	41
23	8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen	40
24	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	38
25	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	38
26	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	34
27	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	30
28	5-916	Temporäre Weichteildeckung	28
29	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	27
30	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	25

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
2	AM07 - Privatambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

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].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	13,9	Fälle je VK/Person	23,59712	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,9

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9	Fälle je VK/Person	36,44444
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		45,5	Fälle je VK/Person	7,20879
Beschäftigungsverhältnis	Mit	45,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	45,5

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

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	364,444458
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,9

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	468,571442
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,7
-----------------	----------	---	-----------	-----

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
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ02 - Diplom

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP03 - Diabetes z. B. Diabetesberatung
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP09 - Kontinenzmanagement

B-[3600].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	23
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	23
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur	
Fallzahl	42
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	42
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	157
Dokumentationsrate	97,45
Anzahl Datensätze Standort	153
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	178
Dokumentationsrate	97,19
Anzahl Datensätze Standort	173
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	173
Dokumentationsrate	97,11
Anzahl Datensätze Standort	168
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	8
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	157
Dokumentationsrate	98,73
Anzahl Datensätze Standort	155
KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	154
Dokumentationsrate	98,7
Anzahl Datensätze Standort	152
KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	107
Dokumentationsrate	94,39
Anzahl Datensätze Standort	101

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	98,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,07 - 99,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	99
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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	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	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	98
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 99,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	98

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
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	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	96
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,54 - 98,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	48

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

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	95,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,29 - 98,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	47

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
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

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

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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/ 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.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	91,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,68 - 96,57

Fallzahl

Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	42

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
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	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	91,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,21 - 96,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	56
9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<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	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	98,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,41 - 99,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	61
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
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	96,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,68 - 99,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	32

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

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	95,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,75 - 98,61
Fallzahl	

Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	71
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
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	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	91,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,70 - 97,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	37
Beobachtete Ereignisse	34

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

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,87 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	71
<p>14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</p>	
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
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,85 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	34

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

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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</p>

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 2,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,62
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche
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	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 1,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	10,14

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

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

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/
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 1,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	12

Vertrauensbereich Krankenhaus	5,62 - 23,80
-------------------------------	--------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	6

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

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
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	13,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,44 - 21,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	14

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	97,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,93 - 99,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	97
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	96
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,54 - 98,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	48

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 Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 0,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16163
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	53,93
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 0,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	16163
Beobachtete Ereignisse	23

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	0,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 0,06

Fallzahl	
Grundgesamtheit	16163
Beobachtete Ereignisse	4
25. 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 Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,02

Fallzahl	
Grundgesamtheit	16163
Beobachtete Ereignisse	0
26. 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
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	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16163
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>27. 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</p>	
Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 95,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4

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/>.

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. 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 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</p>

	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	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. 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	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	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

31. 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
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	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

32. 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	<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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen</p>

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

33. 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. 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	<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	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35. 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
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	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36. 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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	94,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,99 - 97,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	108
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. 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	<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	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38. 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
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	9,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,95 - 19,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. 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
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	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	98,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,48 - 99,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	126
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. 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
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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5,51
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
41. 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 beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG	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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. 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 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	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
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

43. 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	<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> <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</p>

	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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. 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	4,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,89 - 9,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	5

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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. 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</p>

	dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,68
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. 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	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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32

47. 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: <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

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/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38

48. 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
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/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,27 - 3,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	8,50
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. 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
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	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. 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</p>

	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	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 3,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

51. 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	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	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	1,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 3,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,93
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

52. 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	9,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,77 - 22,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. 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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,03 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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</p>

	mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,30 - 2,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	6,81
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. 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
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	0
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 1,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
57. 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
	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.

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	2,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,72 - 5,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
58. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich	
Ergebnis-ID	101803
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/ehf150. 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.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,39
Rechnerisches Ergebnis	90,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,19 - 97,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	20
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
59. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Ergebnis-ID	54140
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 - 99,65
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,13 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60. 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
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 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</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	88,55
Vertrauensbereich bundesweit	88,34 - 88,76
Rechnerisches Ergebnis	69,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	49,13 - 84,40
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	16
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. 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
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/ 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.</p>
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 4,38
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. 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
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 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</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 - 95,20
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus	95,72 - 100,00
-------------------------------	----------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	86
Beobachtete Ereignisse	86

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

63. 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
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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	0
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. 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
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	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,20 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
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
65. 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:</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	50,73
Vertrauensbereich bundesweit	50,37 - 51,10
Rechnerisches Ergebnis	30,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	15,60 - 50,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	7
66. 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
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
67. 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-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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81
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

68. 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	<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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 46,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

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

69. 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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	93,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,16 - 96,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	140

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
70. 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	<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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
71. 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	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
72. 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/standardtitel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
73. 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
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<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>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>74. 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)</p>	
Ergebnis-ID	54124
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</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/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	2,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,03 - 6,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. 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
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.</p>

	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	1,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 10,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. 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/

	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
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. 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	99,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,27 - 99,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	155

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

79. 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. 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/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. 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/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

83. 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
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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
84. 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
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	0,92 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>85. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
86. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,21
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. 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/

	titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
88. 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
89. 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/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt	
Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

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/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 - 94,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich bundesweit	95,23 - 95,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Benchmarking Magen-Darm-Zentrum	
Leistungsbereich	Benchmarking beim WDC (Westdeutsches Darmzentrum) im Bereich Kolonrektale Karzinome
Ergebnis	Nachweis einer sehr hohen Qualität bei Diagnose, Therapie und Nachsorge kolorektaler Karzinome.
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	2022
Quellenangabe	Westdeutsches Darmzentrum (WDC)
Zertifizierte Stroke Unit	
Leistungsbereich	Stroke Unit
Ergebnis	Zertifikat der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	2022
Quellenangabe	LAG /InterCert
MS-Zentrum	
Leistungsbereich	Neurologie
Ergebnis	Zertifikat der DMSG
Messzeitraum	laufend
Datenerhebung	kontinuierlich

Quellenangabe	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Akutbehandlung des Schlaganfall	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Ergebnis	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
Messzeitraum	fortlaufend, halbjährlich
Datenerhebung	anonymisiert, elektronisch
Rechenregeln	Aus dem Gesamtprojekt ermittelte Referenzbereiche
Vergleichswerte	Vergleich mit Gesamtprojekt
Quellenangabe	QS Projekt Schlaganfall Nordwestdeutschland Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR)
Struktur- und Ergebnisqualität bei Prothesenimplantationen im Bereich Knie und Hüfte auch i.R. der Frakturversorgung	
Leistungsbereich	Zertifiziertes EndoProthetikZentrum
Ergebnis	Vergleich mit Referenzwerten
Messzeitraum	kontinuierlich, elektronisch
Datenerhebung	seit 2015
Quellenangabe	Zertifizierungsinstitut ClarCert

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	155
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	5
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen

Erwartung nicht erreicht.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	155
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	155
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	5
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	8

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

C-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	63
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	40
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	40

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Tagschicht	100 % <i>Ausnahmetatbestand gem. § 7 Satz 1 Nr. 2 PpUGV, Erhalt von Versorgungsaufschlägen</i>

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
2	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 % <i>Ausnahmetatbestand gem. § 7 Satz 1 Nr. 2 PpUGV, Erhalt von Versorgungsaufschlägen ; geringe Belegung Aufnahmestation</i>
3	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 % <i>geringe durchschnittliche Belegung</i>
5	Intensivmedizin - Intensiv - Tagschicht	100 %
6	Intensivmedizin - Intensiv - Nachtschicht	100 %
7	Neurologie - Station 1 - Tagschicht	100 %
8	Neurologie - Station 1 - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht	91,67 % <i>Ausnahmetatbestand gem. § 7 Satz 1 Nr. 1 PpUGV, Personalausfall über das normale Maß hinaus</i>
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht	100 %
11	Allgemeine Chirurgie - Station 5 - Tagschicht	100 %
12	Allgemeine Chirurgie - Station 5 - Nachtschicht	100 %
13	Innere Medizin - Station 5 - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin - Station 5 - Nachtschicht	100 %
15	Innere Medizin - Station 6 - Tagschicht	100 %
16	Innere Medizin - Station 6 - Nachtschicht	100 %
17	Neurologie - Station 7 - Tagschicht	100 %
18	Neurologie - Station 7 - Nachtschicht	100 %
19	Innere Medizin - Station 8 - Tagschicht	100 %
20	Innere Medizin - Station 8 - Nachtschicht	100 %
21	Innere Medizin - Station 9 - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin - Station 9 - Nachtschicht	100 %
23	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 9 - Tagschicht	100 %
24	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 9 - Nachtschicht	100 %
25	Neurologische Schlaganfallereinheit - Stroke Unit - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
26	Neurologische Schlaganfallereinheit - Stroke Unit - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Tagschicht	95,51 % <i>Ausnahmetatbestand gem. § 7 Satz 1 Nr. 2 PpUGV, Erhalt von Versorgungsaufschlägen</i>
2	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Nachtschicht	95,81 % <i>Ausnahmetatbestand gem. § 7 Satz 1 Nr. 2 PpUGV, Erhalt von Versorgungsaufschlägen ; geringe Belegung Aufnahmestation</i>
3	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Tagschicht	95,51 %
4	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Nachtschicht	95,81 % <i>geringe durchschnittliche Belegung</i>
5	Intensivmedizin - Intensiv - Tagschicht	97,26 %
6	Intensivmedizin - Intensiv - Nachtschicht	96,16 %
7	Neurologie - Station 1 - Tagschicht	93,7 %
8	Neurologie - Station 1 - Nachtschicht	85,48 %
9	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht	71,18 % <i>Ausnahmetatbestand gem. § 7 Satz 1 Nr. 1 PpUGV, Personalausfall über das normale Maß hinaus</i>
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht	76,11 %
11	Allgemeine Chirurgie - Station 5 - Tagschicht	84,93 %
12	Allgemeine Chirurgie - Station 5 - Nachtschicht	85,48 %
13	Innere Medizin - Station 5 - Tagschicht	84,93 %
14	Innere Medizin - Station 5 - Nachtschicht	85,48 %
15	Innere Medizin - Station 6 - Tagschicht	77,71 %
16	Innere Medizin - Station 6 - Nachtschicht	94,19 %
17	Neurologie - Station 7 - Tagschicht	86,85 %
18	Neurologie - Station 7 - Nachtschicht	89,86 %
19	Innere Medizin - Station 8 - Tagschicht	97,53 %
20	Innere Medizin - Station 8 - Nachtschicht	97,53 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
21	Innere Medizin - Station 9 - Tagschicht	93,75 %
22	Innere Medizin - Station 9 - Nachtschicht	83,33 %
23	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 9 - Tagschicht	93,75 %
24	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 9 - Nachtschicht	83,33 %
25	Neurologische Schlaganfalleinheit - Stroke Unit - Tagschicht	96,39 %
26	Neurologische Schlaganfalleinheit - Stroke Unit - Nachtschicht	94,43 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen 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