Strukturierter Qualitätsbericht

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

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	16
	Einleitung	16
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	17
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	17
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	20
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	20
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	20
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	24
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	25
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	28
A-9	Anzahl der Betten	30
A-10	Gesamtfallzahlen	30
A-11	Personal des Krankenhauses	31
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	37
A-13	Besondere apparative Ausstattung	55
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	57
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	59
B-[0100]	Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie	60
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	60
B-[0100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	60
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-	Medizinische Leistungsangebote der	61

[0100].3 Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 64

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD 64

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 66

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 67

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 69

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 70

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 71

B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 72

B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 72

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 73

B-[0100].11 Personelle Ausstattung 73

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen 73

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 73

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung 74

B-[0100].11.2 Pflegepersonal 74

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 75

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 76

B-[0200] Geriatrische Innere Medizin und Rheumatologie 77

B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 77

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel 77

B-[0200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 77

B-[0200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 77

B-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 78

B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 80

B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD 80

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 81

B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 82

B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 85

B-[0200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 85

B-[0200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 85

B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 86

B-[0200].11 Personelle Ausstattung 86

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen 86

B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 86

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung 87

B-[0200].11.2 Pflegepersonal 87

B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 88

B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 88

B-[3700] Alterstraumatologie 90

B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 90

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel 90

B-[3700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 90

B-[3700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 91

B-[3700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 91

B-[3700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 95

B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD 95

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 96

B-[3700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 97

B-[3700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 100

B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 101

B-[3700].11 Personelle Ausstattung 101

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen 101

B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 102

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung 102

B-[3700].11.2 Pflegepersonal 102

B-[3700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 103

B-[3700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 104

B-[1516] Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin 105

B-[1516].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 105

B-[1516].1.1 Fachabteilungsschlüssel 105

B-[1516].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 105

B-[1516].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 106

B-[1516].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 106

B-[1516].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 110

B-[1516].6 Hauptdiagnosen nach ICD 110

B-[1516].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 112

B-[1516].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 113

B-[1516].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 115

B-[1516].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 117

B-[1516].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 118

B-[1516].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 119

B-[1516].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 121

B-[1516].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 122

B-[1516].11 Personelle Ausstattung 122

B-[1516].11.1 Ärzte und Ärztinnen 122

B-[1516].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 123

B- Zusatzweiterbildung 123

[1516].11.1.2

B-[1516].11.2 Pflegepersonal 123

B-[1516].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 124

B-[1516].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 125

B-[1516].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 125

B-[1500] Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimal Invasive Chirurgie 126

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 126

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel 126

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 126

B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 126

B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 127

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 128

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD 128

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 130

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 131

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 133

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren 134

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 135

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 135

B- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 135

[1500].9

B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 137

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 137

B-[1500].11 Personelle Ausstattung 137

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen 137

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 138

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung 138

B-[1500].11.2 Pflegepersonal 138

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 139

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 140

B-[1700] Wirbelsäulenchirurgie 141

B-[1700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 141

B-[1700].1.1 Fachabteilungsschlüssel 141

B-[1700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 141

B-[1700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 142

B-[1700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 142

B-[1700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 142

B-[1700].6 Hauptdiagnosen nach ICD 142

B-[1700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 143

B-[1700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 144

B-[1700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 146

B-[1700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 147

B-[1700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 147

B-[1700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 148

B-[1700].11 Personelle Ausstattung 148

B-[1700].11.1 Ärzte und Ärztinnen 148

B-[1700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 148

B-[1700].11.1.2 Zusatzweiterbildung 149

B-[1700].11.2 Pflegepersonal 149

B-[1700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 150

B-[1700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 150

B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe 152

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 152

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel 152

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 152

B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 152

B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 153

B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 154

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD 154

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 156

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 157

B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 159

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 160

B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 160

B-[2400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 161

B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 161

B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 163

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 164

B-[2400].11 Personelle Ausstattung 164

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen 164

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 164

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung 164

B-[2400].11.2 Pflegepersonal 165

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 166

B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 166

B-[3000] Kinder- und Jungendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 168

B-[3000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 168

B-[3000].1.1 Fachabteilungsschlüssel 168

B-[3000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 168

B-[3000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 168

B-[3000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 169

B-[3000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 171

B-[3000].6 Hauptdiagnosen nach ICD 171

B-[3000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 172

B-[3000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 173

B-[3000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 174

B-[3000].7.2 Kompetenzprozeduren 174

B-[3000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 174

B-[3000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 174

B-[3000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 174

B-[3000].11 Personelle Ausstattung 174

B-[3000].11.1 Ärzte und Ärztinnen 174

B-[3000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 175

B-[3000].11.1.2 Zusatzweiterbildung 175

B-[3000].11.2 Pflegepersonal 175

B-[3000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 176

B-[3000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 176

B-[3000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 177

B-[3060] Tagesklinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Herz-Jesu Krankenhaus Fulda gGmbH 179

B-[3060].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 179

B-[3060].1.1 Fachabteilungsschlüssel 179

B-[3060].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 179

B-[3060].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 179

B-[3060].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 180

B-[3060].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 180

B-[3060].6 Hauptdiagnosen nach ICD 180

B-[3060].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 180

B-[3060].6.2 Kompetenzdiagnosen 180

B-[3060].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 180

B-[3060].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 181

B-[3060].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 181

B-[3060].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 181

B-[3060].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 181

B-[3060].11 Personelle Ausstattung 181

B-[3060].11.1 Ärzte und Ärztinnen 181

B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 182

[3060].11.1.1

B-[3060].11.1.2 Zusatzweiterbildung 182

B-[3060].11.2 Pflegepersonal 182

B-[3060].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 182

B-[3060].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 183

B-[3060].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 183

B-[3790] Anästhesie, postoperative Intensiv- und Schmerztherapie 185

B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 185

B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel 185

B-[3790].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 185

B-[3790].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 185

B-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 186

B-[3790].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 186

B-[3790].6 Hauptdiagnosen nach ICD 186

B-[3790].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 187

B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 187

B-[3790].11 Personelle Ausstattung 187

B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen 187

B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 187

B-[3790].11.1.2 Zusatzweiterbildung 188

B-[3790].11.2 Pflegepersonal 188

B-[3790].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 188

B-[3790].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 188

B-[3751] Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie 190

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 190

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel 190

B-[3751].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 190

B-[3751].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 190

B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 191

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 193

B-[3751].6.2 Kompetenzdiagnosen 193

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 193

B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 193

B-[3751].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 194

B-[3751].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 194

B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 194

B-[3751].11 Personelle Ausstattung 194

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen 194

B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 195

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung 195

B-[3751].11.2 Pflegepersonal 195

B-[3751].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 195

C Qualitätssicherung 196

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 196

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 338

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 339

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 340

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge 341

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 342

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 343

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) 344

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 345

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,
Qualität hat im Herz-Jesu-Krankenhaus eine lange Tradition. Als katholisches Krankenhaus stellen wir seit jeher ganz bewusst den behandlungs- und heilungsbedürftigen Menschen in den Mittelpunkt unseres Handelns.
Neben einer hochwertigen, patientenorientierten Medizin kommt es uns besonders auf die menschliche Zuwendung während der Behandlung an. Ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem unterstützt uns dabei, die Strukturen und Abläufe auf die Bedürfnisse unserer Patienten auszurichten. Wir möchten die Qualität der erbrachten Leistungen im Interesse der Patientinnen und Patienten sichern und weiterentwickeln.
Der Qualitätsbericht ist gesetzlich vorgeschrieben und basiert auf § 136b SGB V. Struktur und Inhalte beruhen auf einer vertraglichen Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherungen unter Beteiligung der Bundesärztekammer und des Bundespflegerates.
Der vorliegende Qualitätsbericht vermittelt Ihnen einen Überblick über das medizinische Leistungsangebot unseres Hauses sowie über die Qualität unserer Arbeit. Gern lassen wir uns hierbei mit anderen Kliniken und Krankenhäusern vergleichen.
Weitergehende Informationen finden Sie unter anderem auf unserer Homepage www.herz-jesu-krankenhaus.de .
Wir hoffen, viele Ihrer Fragen mit dem vorliegenden strukturierten Qualitätsbericht für das Jahr 2022 zu beantworten und freuen uns über Ihr Interesse an der Qualität unserer medizinischen Versorgung.
Michael Sammet
Geschäftsführer

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.

Unser Haus
Das Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda ist ein konfessionelles Krankenhaus in katholischer Trägerschaft, das bereits auf eine über 100-jährige Tradition als christliche Gesundheitsrichtung zurückblickt.
Unser Krankenhaus hat sich zu einem modernen und anerkannten Behandlungszentrum mit einem breiten medizinischen Versorgungsangebot für die Region entwickelt.
1912 zunächst als Behindertenheim gegründet, werden im Herz-Jesu-Krankenhaus Patientinnen und Patienten aus Stadt und Landkreis Fulda behandelt. Nach anfangs wechselnder Trägerschaft, wurde das Haus 1953 vom Landkreis Fulda erworben und befindet sich seitdem in Trägerschaft der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul, Fulda.
1999 ging die Trägerschaft auf die zu diesem Zeitpunkt gegründete St. Vinzenz-Krankenhaus Fulda gGmbH über, die nun alleiniger Gesellschafter der 2005 gegründeten Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda gGmbH ist.
Von 2001 bis 2005 wurde mit Fördermitteln des Landes Hessen und des Landkreises Fulda ein großzügig gestalteter Neubau errichtet, der im Mai 2005 bezogen werden konnte.
Im Laufe des Jahres 2012 nahm die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ihren stationären Betrieb auf.
Nach ständiger Expansion und Modernisierung hat sich das Herz-Jesu-Krankenhaus mit seinen mehreren hundert Betten und Plätzen sowie circa 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und rund 40.000 Patienten, die jährlich ambulant und stationär behandelt werden, zu einem modernen und leistungsfähigen Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

entwickelt. Anfang 2019 wurden die Krankenhäuser in die neu gegründete Vinzenz-von-Paul-Stiftung übertragen, die mit der St. Vinzenz gGmbH, Fulda mit Sitz in der Kanalstraße als Holding der Unternehmensgruppe fungiert.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Michael Sammet
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	info@herz-jesu-krankenhaus.de
Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Johanna Sill
Telefon	0661 15 9573
Fax	0661 15 5383
E-Mail	j.sill@herz-jesu-krankenhaus.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.herz-jesu-krankenhaus.de

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	http://www.st-vinzenz-fulda.de	-
2	http://www.barmherzige-schwestern-fulda.de	-
3	http://www.procum-cert.de	-

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH

PLZ	36039
Ort	Fulda
Straße	Buttlarstraße
Hausnummer	74
IK-Nummer	260620180
Standort-Nummer	771197000
Standort-Nummer alt	99
Telefon-Vorwahl	0661
Telefon	150
E-Mail	info@herz-jesu-krankenhaus.de
Krankenhaus-URL	http://www.herz-jesu-krankenhaus.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH	
PLZ	36039
Ort	Fulda
Straße	Buttlarstraße
Hausnummer	74
IK-Nummer	260620180
Standort-Nummer	771197000
Standort-Nummer alt	1
Standort-URL	http://www.herz-jesu-krankenhaus.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Ass.-jur. Matthias Färber
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	m.faerber@herz-jesu-krankenhaus.de

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Anästhesie / Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5390
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Sabine Matulenski
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	s.matulenski@herz-jesu-krankenhaus.de

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	stv. Verwaltungsleiter und Personalleiter
Titel, Vorname, Name	Heiko Richter
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	h.richter@herz-jesu-krankenhaus.de

Leitung des Standorts

Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Ass.-jur. Matthias Färber
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	m.faerber@herz-jesu-krankenhaus.de

Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Anästhesie/ Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5390
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de

Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Sabine Matulenski
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	s.matulenski@herz-jesu-krankenhaus.de
Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Personalleitung
Titel, Vorname, Name	Heiko Richter
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	H.Richter@herz-jesu-krankenhaus.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	St. Vinzenz gGmbH, Fulda
Träger-Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Zusammenarbeit mit Hochschulen und mit der Philips-Universität Marburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Das medizinisch-pflegerische Leistungsangebot des Herz-Jesu- Krankenhauses ist sehr umfangreich.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
2	MP62 - Snoezelen *Räumlichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden*
3	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie *Externer Partner- Therapiehaus Pusteblume*
4	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie *vorrangig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*
5	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *aktivierende Pflege*
6	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
7	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien *Elternberatung in der KJP*
8	MP43 - Stillberatung
9	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit *Patientenseminare CED; Weltdiabetestag; Darmkrebsmonat März; Darmtag*
10	MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot *KJP: Erlebnispädagogik; Bibliothek*
11	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
12	MP37 - Schmerztherapie/-management
13	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie *Externer Partner: Therapiezentrum am Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda GmbH & Co.KG*
14	MP45 - Stomatherapie/-beratung
15	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie *Externer Partner: Therapiezentrum am Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda GmbH & Co.KG*
16	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
17	MP51 - Wundmanagement

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
18	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik *Am Herz-Jesu- Krankenhaus angebunden (vor Ort)*
19	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
20	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
21	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen *Diabetesschulung, individuelle Beratung bzgl. unterschiedlicher Präventionen, Patientenschulung,Krisenintervention; Soziales Kompetenztraining in der KJP*
22	MP36 - Säuglingspflegekurse *Angebot für Geschwister innerhalb der Geburtshilfe*
23	MP53 - Aromapflege/-therapie *Intensivstation, Palliativpflege*
24	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege *Caritas- Sozialstation im Hause; Geriatrische Tagesklinik am Hause angebunden*
25	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
26	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
27	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen *Diabetikerschulungen etc.*
28	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege *Bezugspflegekonzept / Bereichspflegekonzept*
29	MP21 - Kinästhetik
30	MP25 - Massage
31	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst *Psychoonkologische Beratung, zusätzliches Angebot durch die Krebsberatungsstelle in Fulda; Psychotherapie in der KJP und Geriatrie*
32	MP27 - Musiktherapie

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
33	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen *Deutsche Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e.V.), Deutscher Diabetiker-Bund; Diabetes AG; Deutsche Leberhilfe; Stiftung Lebensblicke, Adipositas Selbsthilfegruppe, weitere Kontakte werden auf Wunsch vermittelt*
34	MP26 - Medizinische Fußpflege *Zusammenarbeit mit externen Praxen*
35	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
36	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
37	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
38	MP63 - Sozialdienst *Zusätzlich in der KJP: Beratung und Betreuung; Milieutherapeutische Behandlung*
39	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
40	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
41	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
42	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung *Zusätzlich: in der Tagesklinik Geriatrie: Kochtraining; KJP: Kochtraining/ Backen*
43	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
44	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie *KJP: Spielzimmer/ Bällchenbad; Fitnessraum, zahlreiche Aufenthaltsräume für Musik und Spiele; Tischtennis, Billard/ Klettern; Multifunktionsraum (420m²)*
45	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden *Palliativtherapie, Palliativpflegekonzept, Hospizdienst*
46	MP06 - Basale Stimulation
47	MP18 - Fußreflexzonenmassage
48	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
49	MP54 - Asthmaschulung
50	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
51	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
52	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
53	MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder

Durch die extern angegliederte Physiotherapiepraxis können unseren Patientinnen und Patienten weitere therapeutische Leistungsangebote ermöglicht werden, hierzu zählen unter Anderem:

- Skoliosetherapie nach Katharina Schroth
- COPD-therapeutische Diagnostik/Sceening und Therapie
- kardiale Belastungsdiagnostik und Therapie
- Ödemtherapie = Manuelle Lymphdrainage und Kompressionstherapie
- Manuelle Therapie
- Deutschen Motoriktest für Schulkinder

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Unser Haus verfügt über zahlreiches Angebot an nicht-medizinischen Leistungen.

#	Leistungsangebot
1	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen *Kontakte werden auf Wunsch vermittelt*
2	NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet *- Möglichkeit vorhanden*
3	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung *Katholische und evangelische Seelsorge im Haus. Zusätzliche Einbindung der ökumenischen Rufbereitschaft. 3 x pro Woche christliche Impulse in der Krankenhauskapelle incl. Übertragung im eigenen Hauskanal/TV. https://herz-jesu-krankenhaus.de/patienten-besucher/krankenhausseelsorge/*
4	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Begleitpersonen können bei medizinischer Notwendigkeit mit aufgenommen werden. Ohne medizinische Notwendigkeit ist eine Aufnahme nur bei ausreichenden Bettenkapazitäten gegen Kostenerstattung möglich*
5	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen *Für Patienten der KJP: kulturelle Angebote, Freizeitangebote und Ausflüge Aktuelle News und Veranstaltungen können Sie unter folgendem Link ersehen: https://herz-jesu-krankenhaus.de/patienten-besucher/aktuelle-informationen/*

#	Leistungsangebot
6	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen *Angebot von Ernährungsberatung etc. nach Rücksprache auf den Stationen. Diverse diätetische Angebote vorhanden.*
7	NM07: Rooming-in
8	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Wahlleistung*
9	NM05: Mutter-Kind-Zimmer *in der Geburtshilfe vorgehalten*
10	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Alle Zimmer sind mit Nasszelle ausgestattet*
11	NM02: Ein-Bett-Zimmer
12	NM50: Kinderbetreuung
13	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
14	NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung *Schule für Kranke durch den Landkreis Fulda bzw. Hersfeld-Rotenburg abgedeckt. Diese ist am Krankenhaus bzw. an der Tagesklinik Bad Hersfeld angesiedelt. Zusätzliches Spielangebot für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Spielecken, Spielplatz, großzügiges Außengelände.*
15	NM68: Abschiedsraum
16	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen *Zusätzliches Angebot durch ehrenamtliche Mitarbeiter: mobile Bibliothek*
17	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) *Patientengrußpost und Videotelefonie für Patienten: Tablets für Stationen und Patienten: Mit Videotelefonie gegen Einsamkeit*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Generell erhalten die Patientinnen und Patienten über unsere Patienteninformation, je nach Bedarf entsprechende Unterstützung bzw. Ansprechpatner genannt. Je nach Unterstützungsbedarf stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aus verschiedensten Bereichen, zur Verfügung.

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patienteninformation
Titel, Vorname, Name	Information Information
Telefon	0661 15 0
Fax	0661 15 1214
E-Mail	info@herz-jesu-krankenhaus.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF24 - Diätetische Angebote *Durch eine speziell geschulte Mitarbeiterin sowohl im Bereich der hauseigenen Küche, als auch auf Station werden spezielle Ernährungsbedürfnisse besprochen und umgesetzt.*
2	BF23 - Allergenarme Zimmer
3	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal *Durch eine speziell geschulte Mitarbeiterin sowohl im Bereich der hauseigenen Küche, als auch auf Station werden spezielle Ernährungsbedürfnisse besprochen und umgesetzt.*
4	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße *Es besteht die Möglichkeit Patienten mit einem Körpergewicht bis zu 300 kg zu röntgen, da auch eine Adipositaschirurgie im Haus angeboten wird.*
5	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten *Verschiedene Hilfsmittel (Blutdruckmanschetten etc.) werden vorgehalten.*
6	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
7	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische *Durch die im Haus vorhandene Adipositas-Chirurgie können Patienten mit einem hohen Körpergewicht operiert werden.*

#	Aspekte der Barrierefreiheit
8	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) *Durch die im Haus vorhandene Adipositas-Chirurgie sind spezielle Betten im Haus vorhanden. Eine tageweise Mietung spezieller Betten wird ebenfalls vorgehalten.*
9	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter *Sowohl ein Patientenlifter, als auch spezielle Rollstühle und Toilettenstühle werden vorgehalten.*
10	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen *Auf jeder Etage ist eine spezielle Toilette vorhanden.*
11	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen *Alle Sanitäranlagen sind entweder für einem Rollstuhl oder Nachtstuhl befahrbar.*
12	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen *Es gibt bei jedem Eingang eine barrierefreie Zugangsmöglichkeit, sowie mehrere Aufzüge im Haus.*
13	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
14	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung *Ein ergänzendes Farbleitsystem ist vorhanden. Einzelne Informationsflyer sind bereits in großer Schrift vorhanden.*
15	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) *Alle Tasten am und im Aufzug sind für Rollstuhlfahrer erreichbar.*
16	BF25 - Dolmetscherdienst *eine aktuelle Liste der Mitarbeitenden mit mehreren Sprachkenntnissen wird vorgehalten. z.B. Türkisch, Russisch, Polnisch, Ukrainisch, Arabisch, Persisch, Somali etc.*
17	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung *Auf den geriatrischen Stationen sind endsprechende Systeme eingerichtet (DESA-Uhr/ Patiententrasponder), die die Versorgung der Menschen mit Demenz unterstützt (Hinlauf Tendenz). Auch die Einrichtung und Gestaltung der Stationen ist auf die besonderen Bedürfnisse hin berücksichtigt worden.*
18	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung *eigene Krankenhauskapelle*

#	Aspekte der Barrierefreiheit
19	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen *Alle Eingänge sind barrierefrei. Es werden an der Information Rollstühle und Rollatoren für Patienten (die Aufgenommen werden) und Besucher vorgehalten.*
20	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen *Alle Zugänge sind barrierefrei zugänglich.*
21	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme *Sowohl im Aufzug, den Besuchertoiletten, als auch in den Patientenzimmern befinden sich barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten zu Notrufsystemen.*

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten *Das Herz Jesu Krankenhaus Fulda kooperiert mit dem Fachbereich Pflege- und Gesundheit und Hebammenwesen der Hochschule Fulda und bietet Raum für die Planung und Umsetzung von studentischen Projekten.*
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) *Insgesamt 17 Ausbildungsplätze in den ausgewiesenen Fachrichtungen stellt das Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda pro Tertial für die Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) bereit. https://herz-jesu-krankenhaus.de/herz-jesu-krankenhausfulda- ist-akademisches-lehrkrankenhaus/*
3	FL09 - Doktorandenbetreuung
4	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten *Priv.-Doz. Dr. med. F. M. Theisen (Chefarzt KJP), Universität Marburg/ Prof. Dr. Kronenberger (Chefarzt IM) ist außerplanmäßiger Professor an der Goethe-Universität Frankfurt und bietet curriculare Lehrveranstaltungen für Studierende der Medizin an.*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme *5 Plätze Hebammenkunde (duales Studium) in Kooperation mit der Hochschule Fulda und dem Klinikum Fulda*
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) *2 Ausbildungsplätze in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum am Klinikum Fulda*
3	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin *6 Ausbildungsplätze im März und 7 Ausbildungsplätze im September in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum des Klinikums Fulda. 7 Ausbildungsplätze im Oktober in Zusammenarbeit mit der Caritas FD.*
4	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin *1 Ausbildungsplatz in Kooperation mit dem Bildungszentrum des Klinikums Fulda*
5	HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre) *Im Rahmen von Kooperationsverträgen mit den jeweiligen Ausbildungsträgern können im HJK Praktika ausgeübt werden.*

A-9 Anzahl der Betten

Die Bettenanzahl incl. der stationären KJP Betten beträgt in 2021; 354 Betten.

Anzahl Betten	354

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	12289
Teilstationäre Fallzahl	298
Ambulante Fallzahl	15772
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				97,12
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	96,62	**Ohne**	0,5
Versorgungsform	**Ambulant**	16,03	**Stationär**	81,09

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				42,27
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	41,77	**Ohne**	0,5
Versorgungsform	**Ambulant**	6,7	**Stationär**	35,57

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt				170,08
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	169,64	**Ohne**	0,44
Versorgungsform	**Ambulant**	6,25	**Stationär**	163,83
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				24,25
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	24,25	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	5,58	**Stationär**	18,67

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

Gesamt				36,48
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	36,48	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	36,48
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				58,91
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	58,91	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,52	**Stationär**	58,39
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2,28
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,28	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,52	**Stationär**	1,76

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				18,85
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	18,85	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	18,85

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Gesamt				18

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

Gesamt				4,99
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,99	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,99
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				4,99
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,99	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,99

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,84
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,84	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,32	**Stationär**	8,52
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,37
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,37	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,32	**Stationär**	1,05

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				1,07
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,07	**Ohne**	0

Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,07

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Gesamt				2,39
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,39	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,39

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt				3,06 [1)]
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,06	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,06

1) gemäß §§ 2 PsychTh-APrV / KJP Psych-Th

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				2,18
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	2,18
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,18

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt				2,17
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	2,17
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,17

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				2,25
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,25	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,25

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				9
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	9
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	9

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				14,4
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	14,4
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	14,4

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

Gesamt				6,46
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,46	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,65	**Stationär**	5,81

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

Gesamt				6,66
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,66	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,66	**Stationär**	6

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				3
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				3,93
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,93	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,93

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Die Beauftragte für das klinische Risikomanagement sowie zwei Mitarbeiter haben sich in 2017 zum klinischen Risikomanager nach der ONR 49003:2014 weiter gebildet. Die Methoden zur Risikoidentifizierung und Risikobearbeitung werden in regelmäßigen Schulungen den Mitarbeiter-/innen aus allen Bereichen vermittelt und
sind im Risikomanagement-Handbuch, welches regelmäßig überarbeitet und aktualisiert wird, verankert.
Die klinischen Risiken, die sich aus dem Umgang mit den Patient-/innen ergeben, werden von den Risikoeignern
der Abteilung identifiziert und gemeinsam im interdisziplinären Team bearbeitet, Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt.
Regelmäßige Abfragen der Risikoeigner zu den Risiken und Maßnahmen der jeweiligen Abteilung finden statt.
Über das interne CIRS, Patientenrückmeldungen und interne Audits werden regelhaft mögliche Risiken in der Patientenversorgung identifiziert, gemeldet und bearbeitet.
Alle 2 Monate finden strukturierte M&M Konferenzen im interdisziplinären Team statt.
Eine individuelle Risikomatrix ist vorhanden, welche die durch die Risikoeigner identifizierten Risiken nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung klassifiziert und ein Ranking für die Bearbeitung darstellt. Diese wird in
regelmäßigen Abständen neu erfragt und angepasst / ergänzt.

A-12.1 Qualitätsmanagement

Qualitäts- und Risikomanagement
Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) ist seit dem 1. Januar 2000 gesetzlich gefordert (§§ 135a bzw. 137 SGB V). Es geht darum, die Qualität der erbrachten Leistungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zu sichern und weiter zu entwickeln.
Die Trägerin des Krankenhauses, die St. Vinzenz-Krankenhaus gGmbH Fulda, entschied darauf hin, ein Qualitätsmanagement in all ihren Krankenhäusern zu implementieren, das nach den Vorgaben von proCumCert incl. KTQ zertifiziert wird. Zwischenzeitlich erfolgte ein Umstieg des QM-Systems auf die Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 ergänzt um die besonderen Qualitätskriterien an eine kirchliche Einrichtung gemäß proCumCert. Eine externe Überprüfung im Oktober 2021 bestätigt dem Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda ein erfolgreiches Umsetzen dieser Anforderungen.
Bei der Zertifizierung unterzieht sich unsere Einrichtung einer freiwilligen Qualitäts- und Leistungskontrolle und zeigt in besonderer Weise die Bemühungen um eine dauerhafte optimale Patientenversorgung.
Mit dem Patientenrechtegesetz wurde im Jahr 2013 die Einführung von Risikomanagementsystemen auch in Krankenhäusern beschlossen. Die Anforderungen an das Risikomanagement wurden daraufhin im Januar 2014 bundesweit verbindlich vorgegeben.
Qualitäts- und Risikomanagementsysteme im Krankenhaus stellen Instrumente vor allem zum Gewährleisten einer hohen Patientensicherheit und zur kontinuierlichen Organisationsentwicklung dar. Im Rahmen von interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Projekten werden Abläufe hinterfragt, transparent gemacht und bei Bedarf verbessert. Dies führt auch zu mehr Mitarbeiterzufriedenheit, da jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter die Möglichkeit hat, sich in Verbesserungsprozesse einzubringen.
Darüber hinaus bietet sich die Chance, ethische und christliche Aspekte im Rahmen einer Werteorientierung in der Unternehmenskultur festzulegen und kontinuierlich zu fördern.
Das Qualitäts- und Risikomanagement im Herz-Jesu-Krankenhaus orientiert sich neben den gesetzlichen Vorgaben auch an folgenden Aussagen des „Leitbildes für die Einrichtungen der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul, Mutterhaus Fulda, vom 13.01.2001“:
„Im Mittelpunkt steht der Mensch“
(ebenda, S.2)
„Das zentrale Anliegen unserer gemeinsamen Anstrengungen ist es, unsere Angebote im Dienste der Hilfesuchenden ständig zu überprüfen und zu verbessern“
(ebenda, S.4)

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Sonja Seeger
Telefon	0661 15 9500
Fax	0661 15 5383
E-Mail	s.seeger@herz-jesu-krankenhaus.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	Das Gremium ist interdisziplinär besetzt. Mitarbeiter aus demärztlichen Dienst, dem Pflegedienst, dem Funktionsdienst und aus der Verwaltung sind am Gremium beteiligt
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Die Beauftragte für das klinische Risikomanagement sowie zwei weitere Mitarbeiter haben sich in 2017 zum klinischen Risikomanager nach der ONR 49003:2014 weitergebildet.
Die Maßnahmen der Risikoidentifizierung und Risikobearbeitung sind erläutert und werden in regelmäßigen Schulungen den Mitabeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Bereichen vermittelt. Sie sind zudem im Risikomanagement Handbuch verankert und unterliegen einer regelmäßigen Überarbeitung und Aktualisierung.
Bereits seit Beginn, hat ein CIRS-Auswertungsteam bestanden, welches von selbiger geleitet wird. Strukturierte M&M Konferenzen finden alle zwei Monate im interdisziplinären Team statt.
Eine individuelle Risikomatrix ist vorhanden, welche die durch die Risikoeigner identifizierten Risiken nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung klassifiziert und ein Ranking für die Bearbeitung darstellt. Diese wird in
regelmäßigen Abständen neu erfragt und angepasst/ ergänzt.
Die Informationen über hausinterne/-externe Meldungen werden über das Intranet kommuniziert.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	staatl. anerkannte Dipl. Sozialpädagogin (FH) Saskia Heister
Telefon	0661 15 5161
E-Mail	s.heister@herz-jesu-krankenhaus.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Das Gremium ist interdisziplinär besetzt.Mitarbeiter aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflege- und Funktionsdienst als auch aus der Verwaltung sind Mitglieder dieses Gremiums
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
5	RM05: Schmerzmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
6	RM06: Sturzprophylaxe **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
13	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
14	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
15	RM18: Entlassungsmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☑ Tumorkonferenzen
- ☑ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☑ Pathologiebesprechungen
- ☑ Palliativbesprechungen
- ☑ Qualitätszirkel

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	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen **Frequenz:** monatlich
2	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor **Letzte Aktualisierung:** 05.10.2021
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem **Frequenz:** quartalsweise

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Maßnahmen die zur Verbesserung der Patientensicherheit abgeleitet werden, werden verschriftlicht und transparent veröffentlicht und kommuniziert.

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	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	IKI Gießen (extern), Ärztin für Krankenhaushygiene (intern)

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	6
Erläuterungen	Pro bettenführender Abteilung ist 1 MA benannt (jeder MA hat den Kurs "Hygienebeauftragter Arzt" abgeschlossen)

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	1 HFK extern, 1 HFK intern

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	28
Erläuterungen	Pro Station / Abteilung ist ein MA benannt

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5360
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Das Händedesinfektionsmittelverbrauch ist auf den Allgemeinstationen erfasst. Aufgrund coronabedingter Prozesse innerhalb der Produktlieferung kann dieser nicht differenziert

dargestellt werden.

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	49,5

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	140,74

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 Besiedelung 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	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen *Es erfolgt eine interne Auswertung der Händedesinfektionsverbräuchen/ Vergleich mit NRZ Daten*
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten **Frequenz:** jährlich *ja, 1x pro Jahr*
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen **Frequenz:** jährlich *Pflichtfortbildung jährlich, Schulung Themenbezogen halbjährlich*
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände" (ASH) **Teilnahme ASH:** Teilnahme (ohne Zertifikat)

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

☑ ITS-KISS
☑ OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr emeinung/
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr emeinung/ *Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung*
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr emeinung/ *Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.*

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja http://herz-jesu-krankenhaus.de/wie-ueber-uns/ihre meinung/ *Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.*
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja *Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es Regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.*
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja https://herz-jesu-krankenhaus.de/patienten-besucher/krankenhausaufenthalt/#1607337889395-0a0fe0be-f341
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr emeinung/ *Patienten haben die Möglichkeit über den Patientenfragebogen anonym Beschwerden/ Rückmeldungen abzugeben. Hierfür sind auf jedem Stockwerk Briefkästen montiert die regelhaft geleert werden. Zudem können Meldungen über die Internetseite anonym abgegeben werden.*
9	Patientenbefragungen	Ja *Seit dem Jahr 2021 findet 2 x Jährlich eine strukturierte Patientenbefragung über mehrere Wochen statt.*
10	Einweiserbefragungen	Ja *Neben der Einweiserbefragung stehen unsere Chefärzte im engen Kontakt/ Austausch mit den niedergelassenen Ärzten und Zuweisern unserer Region.*

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	B.sc. Johanna Sill
Telefon	0661 15 9573
E-Mail	j.sill@herz-jesu-krankenhaus.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	staatl. anerkannte Dipl. Sozialpädagogin (FH) Saskia Heister
Telefon	0661 15 5161
E-Mail	s.heister@herz-jesu-krankenhaus.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Dipl. Sonja Seeger
Telefon	0661 15 9500
E-Mail	s.seeger@herz-jesu-krankenhaus.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.
Alle Patienten erhalten bei Aufnahme ein Patientenidentifikationsarmband, sowie ein Bettschild.
Eine Arbeitsanweisung zur aktiven Patientenidentifikation ist erstellt und im Intranet zugänglich. Hier sind die Kriterien und Inhalte der aktiven Patietenidentifikation enthalten.
Die Patienten-/ Medikationsverwechslungen werden systematisch über das CIRS erfasst und im interdisziplinären Team analysiert, sowie Maßnahmen abgeleitet. Die Anzahl der Fehlermeldungen wird als Kennzahl erhoben und beobachtet.
In allen Bereichen ist eine laminierte Fassung der 6 R Regel ausgehängt.
Alle Medikamentenanordnungen werden als Wirkstoff angegeben. Teilweise ist eine elektronische Medikamentenanordnung inkl. Medikamentenprüfungen (Interaktion, Überdosierung etc.) etabliert. --> Etablierung in andere Bereiche geplant.
In den BTM Ordnern ist eine Musterkarteikarte nach den Vorgaben des AMG enthalten.
Halbjährliche Audits werden durch die Apotheke durchgeführt. Sowie ein AMTS Risikoaudit 1/ Jahr in allen Risikobereichen und alle 3 Jahre in den anderen Bereichen.
Eine Verfahrensanweisung rund um das Thema Medikation ist erstellt und wird regelmäßigen Prüfungen unterzogen.

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	ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 3216
Fax	0661 15 4108
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	2
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1
Erläuterungen	Der Leiter als auch fest benanntes Personal der Falken Apotheke Gründau Lieblos sind für unser Haus zuständig.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Medikationsprozess **Letzte Aktualisierung:** 06.04.2022 **Erläuterungen:**
4	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. **Letzte Aktualisierung:** 12.10.2021
6	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
7	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
10	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
11	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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): Elektronische Bestellung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	Es existiert eine Präventionsordnung. Eine Präventionsfachkraft ist benannt und tätig. Es wurden u.a. einschlägige Schulungen zum Thema angeboten.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Ja

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen
2	SK03: Aufklärung
3	SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen **Letzte Überprüfung:** 10.02.2022
4	SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
5	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
6	SK07: Sonstiges (Prävention)
7	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt **Letzte Überprüfung:** 10.02.2022
8	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle **Letzte Überprüfung:** 10.02.2022

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich *Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse*
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja *Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen*
3	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja
4	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich *Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung*
5	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein *Hirnstrommessung*
6	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja *Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)*
7	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*
8	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja *Gerät zur Gefäßdarstellung*
9	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
10	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein *Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder* *In Kooperation mit der Radiologisch-Nuklearmedizinsche Gemeinschaftspraxis im Zentrum Vital*
11	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich *Harnflussmessung*
12	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich *Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten* *zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion*
13	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Nein *Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)*

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.
Das Herz-Jesu Krankenhaus Fulda hat in 2020 die Stufe 1 der Notfallversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V des GBA beantragt. Diese werden in November 2022 verhandelt.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe 2 ist beantragt

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet
Erläuterungen	Die Notfallstufe ist noch zu vereinbaren

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

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt	Nein

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100] Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie

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 Innere Medizin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med Bernd Kronenberger
Telefon	0661 15 2301
Fax	0661 15 2309
E-Mail	sekretariat.innere-medizin@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstraße
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

2014 nach § 135c SGB V

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges") *endoskopisch retrograde Cholangiopankreaticographie*
2	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
3	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	VR04 - Duplexsonographie
5	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen *Spezialsprechstunde mit mehr als 500 CED*
6	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten *(Diabetes; Schilddrüse)*
7	VX00 - („Sonstiges") *perkutane transhepatische Cholangiographie*
8	VC71 - Notfallmedizin
9	VI00 - („Sonstiges") *Schwerpunkt durch das hessische Sozialministerium ausgewiesen Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Typ 1 und 2*
10	VR02 - Native Sonographie
11	VR06 - Endosonographie
12	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
13	VI20 - Intensivmedizin
14	VI39 - Physikalische Therapie
15	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
16	VI35 - Endoskopie *Diagnostische und therapeutische Endoskopie, gesamtes Spektrum, mittels hochauflösender Videoendoskopie und Vergrößerungsendoskopie; Notfallendoskopie*

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *insbesondere Tumoren des Magen*
18	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
19	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
20	VI00 - („Sonstiges“) *Anerkennung als Behandlungseinrichtung durch die Deutsche Diabetes- Gesellschaft*
21	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
22	VI00 - („Sonstiges“) *Schwerpunkt durch das hessische Sozialministerium ausgewiesen. Erkrankungen von Magen, Darm, Speiseröhre, Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse*
23	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
24	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
25	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *ERCP: endoskopisch retrograde Cholangiopankreaticographie*
26	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
27	VI38 - Palliativmedizin
28	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
29	VI40 - Schmerztherapie
30	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
31	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
32	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
33	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
34	VG05 - Endoskopische Operationen
35	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
36	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
37	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
38	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge

#	Medizinische Leistungsangebote
39	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
40	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
41	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
42	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
43	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
44	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
45	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
46	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
47	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
48	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
49	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
50	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
51	VI42 - Transfusionsmedizin
52	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
53	VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
54	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
55	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
56	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
57	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
58	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
59	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
60	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
61	VK14 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
62	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
63	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
64	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
65	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
66	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
67	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
68	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
69	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
70	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
71	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
72	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
73	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
74	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
75	VR47 - Tumorembolisation
76	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
77	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
78	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
79	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
80	VU18 - Schmerztherapie

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

Vollstationäre Fallzahl	4306
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	269
2	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	218
3	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	126

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
4	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	125
5	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	124
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	101
7	E86	Volumenmangel	93
8	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	82
9	J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet	75
10	A46	Erysipel [Wundrose]	65
11	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	58
12	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	55
13	I95.1	Orthostatische Hypotonie	46
14	R07.2	Präkordiale Schmerzen	46
15	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	45
16	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	43
17	R55	Synkope und Kollaps	43
18	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	42
19	K63.5	Polyp des Kolons	41
20	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	40
21	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	39
22	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	38
23	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	38
24	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	36
25	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	36
26	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	34
27	K29.1	Sonstige akute Gastritis	34

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	32
29	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	32
30	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	32

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	332
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	219
3	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	141
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	128
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	127
6	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	125
7	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	117
8	K29	Gastritis und Duodenitis	115
9	K80	Cholelithiasis	114
10	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	112
11	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	108
12	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	102
13	E86	Volumenmangel	93
14	K57	Divertikulose des Darmes	90
15	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	77
16	R07	Hals- und Brustschmerzen	69
17	A46	Erysipel [Wundrose]	65
18	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	61
19	I95	Hypotonie	57

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	52
21	I11	Hypertensive Herzkrankheit	48
22	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	47
23	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	45
24	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	44
25	A41	Sonstige Sepsis	44
26	R55	Synkope und Kollaps	43
27	K85	Akute Pankreatitis	42
28	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	42
29	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	41
30	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	40

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	812
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	715
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	707
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	523
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	358
6	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	307
7	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	283

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	237
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	222
10	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	203
11	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	201
12	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	184
13	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	177
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	175
15	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	143
16	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	132
17	1-653	Diagnostische Proktoskopie	130
18	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	117
19	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	114
20	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	110
21	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	110
22	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	86
23	1-632.x	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Sonstige	82
24	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	81

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	5-526.1	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Inzision der Papille (Papillotomie)	79
26	3-056	Endosonographie des Pankreas	77
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	76
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	73
29	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	69
30	1-712	Spiroergometrie	62

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	953
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	895
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	719
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	707
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	491
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	490
7	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	440
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	400
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	358
10	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	307
11	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	283

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	222
13	5-469	Andere Operationen am Darm	212
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	189
15	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	174
16	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	157
17	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	143
18	1-653	Diagnostische Proktoskopie	130
19	5-449	Andere Operationen am Magen	81
20	3-056	Endosonographie des Pankreas	77
21	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	76
22	8-701	Einfache endotracheale Intubation	73
23	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	62
24	1-712	Spiroergometrie	62
25	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	50
26	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	48
27	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	45
28	1-643	Diagnostische direkte Endoskopie der Gallenwege [duktale Endoskopie] [POCS]	44
29	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	44
30	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	40

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	*Behandlungsmöglichkeiten s.o.*
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
2	AM08	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
3	AM08	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
4	AM08	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5	AM08	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	AM08	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	AM08	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
8	AM08	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
9	AM08	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
10	AM08	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	AM08	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
12	AM08	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
13	AM08	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	AM08	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
15	AM08	VI35 - Endoskopie
16	AM08	VI20 - Intensivmedizin

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	197
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	95
3	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	94
4	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	62
5	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	32
6	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	30
7	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	23
8	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	5
9	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	< 4
10	5-452.72	Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	234
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	189
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	119

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		22,02	Fälle je VK/Person	260,8116
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	22,02	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	5,51	**Stationär**	16,51

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,91	Fälle je VK/Person	831,2742
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,91	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,73	**Stationär**	5,18

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
5	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		48,58	Fälle je VK/Person	88,82013
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	48,14	**Ohne**	0,44
Versorgungsform	**Ambulant**	0,1	**Stationär**	48,48

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

Gesamt		10,6	Fälle je VK/Person	406,2264
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,6	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	10,6

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,6	Fälle je VK/Person	500,697662
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,6	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	8,6

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,99	Fälle je VK/Person	4349,495
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,99	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,99

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,92	Fälle je VK/Person	727,364868
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,92	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	5,92

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,74	Fälle je VK/Person	908,438843
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,74	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,74

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	PQ01 - Bachelor
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ18 - Pflege in der Endoskopie *Fachweiterbildung*
5	PQ20 - Praxisanleitung
6	PQ07 - Pflege in der Onkologie
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP05 - Entlassungsmanagement
3	ZP06 - Ernährungsmanagement
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP19 - Sturzmanagement
6	ZP15 - Stomamanagement
7	ZP02 - Bobath
8	ZP16 - Wundmanagement
9	ZP03 - Diabetes
10	ZP20 - Palliative Care *Fachweiterbildung nach WPO*
11	ZP09 - Kontinenzmanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[0200] Geriatrische Innere Medizin und Rheumatologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrische Innere Medizin und Rheumatologie

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0260 - Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2	0200 - Geriatrie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Innere Medizin / Rheumatologie, Klinische Geriatrie, Physikalische Therapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Klek
Telefon	0661 15 1102
Fax	0661 15 1103
E-Mail	sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[0200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

2014 nach § 135c SGB V

B-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
2	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren) *Osteodensitometrie, nur DXA-Messung*
3	VX00 - („Sonstiges") *Ausgewiesener Schwerpunkt für Geriatrie und Rheumatologie*
4	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
5	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
6	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
7	VI20 - Intensivmedizin
8	VI38 - Palliativmedizin
9	VI39 - Physikalische Therapie
10	VI40 - Schmerztherapie
11	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
12	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
13	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
14	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	VI35 - Endoskopie
16	VI44 - Geriatrische Tagesklinik *25 Plätze stehen zur Verfügung*
17	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
18	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
19	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
20	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
22	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
23	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
24	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
25	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
26	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
27	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
28	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
29	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
30	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
31	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
32	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
33	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
34	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
35	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
36	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
37	VC00 - („Sonstiges") *Gelenksonographie*
38	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
39	VR00 - („Sonstiges") *Gelenkpunktionen*
40	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
41	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

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

Vollstationäre Fallzahl	1243
Teilstationäre Fallzahl	191

B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	111
2	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	98
3	E86	Volumenmangel	43
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	36
5	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	27
6	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	25
7	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	21
8	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	20
9	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	18
10	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	18
11	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	17
12	R26.3	Immobilität	16
13	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	15
14	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	14
15	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	12
16	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	12
17	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	10
18	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
19	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	9
20	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	9
21	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	8
22	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	8
23	S32.1	Fraktur des Os sacrum	8
24	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	8
25	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	8
26	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	8
27	G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	8
28	I35.0	Aortenklappenstenose	8
29	R55	Synkope und Kollaps	7
30	A46	Erysipel [Wundrose]	7

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	140
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	115
3	S72	Fraktur des Femurs	74
4	E86	Volumenmangel	43
5	I63	Hirninfarkt	42
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	36
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	32
8	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	26
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	21
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	20

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	20
13	I70	Atherosklerose	19
14	M48	Sonstige Spondylopathien	18
15	A41	Sonstige Sepsis	18
16	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	16
17	K57	Divertikulose des Darmes	14
18	I21	Akuter Myokardinfarkt	14
19	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	14
20	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13
21	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	12
22	S06	Intrakranielle Verletzung	12
23	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	11
24	N17	Akutes Nierenversagen	11
25	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10
26	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	10
27	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	10
28	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	9
29	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	9
30	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	9

B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	2394

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	776
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	338
4	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	172
5	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	103
6	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	58
7	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	30
8	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	19
9	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	18
10	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	16
11	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	12
12	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	11
13	8-158.h	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk	11
14	8-158.0	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Humeroglenoidalgelenk	6
15	8-159.x	Andere therapeutische perkutane Punktion: Sonstige	6
16	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	5

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
17	8-987.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	4
18	8-159.0	Andere therapeutische perkutane Punktion: Therapeutische perkutane Punktion an Schleimbeuteln	4
19	8-98g.14	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage	< 4
20	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	< 4
21	6-009.j	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Palbociclib, oral	< 4
22	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
23	8-158.1	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Akromioklavikulargelenk	< 4
24	8-158.7	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Handgelenk	< 4
25	8-020.4	Therapeutische Injektion: Bänder, Sehnen oder Bindegewebe	< 4
26	1-854.a	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Schleimbeutel	< 4
27	5-900.0b	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Bauchregion	< 4
28	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	< 4
29	5-913.20	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig: Lippe	< 4
30	6-005.7	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Certolizumab, parenteral	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	2394
2	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1217
3	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	172
4	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	58
5	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	52
6	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	30
7	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	20
8	8-020	Therapeutische Injektion	19
9	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	12
10	8-159	Andere therapeutische perkutane Punktion	10
11	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	7
12	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	4
13	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
14	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	< 4
15	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
16	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
17	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	< 4
18	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	< 4
19	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	< 4

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

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

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

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

B-[0200].11 Personelle Ausstattung

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		11,89	Fälle je VK/Person	104,541634
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	11,89	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	11,89

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,5	Fälle je VK/Person	355,142853
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,5	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,5

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ63 - Allgemeinmedizin
4	AQ23 - Innere Medizin

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF72 - Physikalische Therapie

B-[0200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		16,16	Fälle je VK/Person	76,91832
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	16,16	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	16,16

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

Gesamt		0,79	Fälle je VK/Person	1573,41772
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,79	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,79

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		31,66	Fälle je VK/Person	39,2609
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	31,66	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	31,66

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		7,03	Fälle je VK/Person	176,813644
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,03	**Ohne**	0

Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	7,03

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,71	Fälle je VK/Person	726,9006
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,71	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,71

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ06 - Master
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie
6	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
8	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP06 - Ernährungsmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP07 - Geriatrie
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP19 - Sturzmanagement
8	ZP09 - Kontinenzmanagement

#	Zusatzqualifikation
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP03 - Diabetes
11	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
12	ZP05 - Entlassungsmanagement
13	ZP01 - Basale Stimulation
14	ZP02 - Bobath
15	ZP20 - Palliative Care
16	ZP25 - Gerontopsychiatrie
17	ZP22 - Atmungstherapie

B-[3700] Alterstraumatologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Alterstraumatologie

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Innere Medizin/ Rheumatologie, klinische Geriatrie, Physikalische Therapie
Titel, Vorname, Name	Dr.med Martin Klek
Telefon	0661 15 1102
Fax	0661 15 1103
E-Mail	sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Orthopädie, Chirurgie, Unfallchirurgie und spezielle Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Jörg Beardi
Telefon	0661 15 2324
Fax	0661 15 2322
E-Mail	Sekretariat.unfallchirurgie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse

Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[3700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO14 - Endoprothetik *Wir sind als Endoprothetik Zentrum zertifiziert. Eine Spezialität ist die minimalinvasive Implantation von Standard- Hüftgelenksprothesen nach SuperPath. Der endoprothetische Ersatz des Kniegelenkes, des Schultergelenkes und des Ellenbogens werden regelhaft durchgeführt.*
2	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
3	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen *Nur Bei periproth. Fraktur mit Wechsel -OPs- Entfernung eingebrachter Osteosynthesematerial (Platten, Drähte, Nägel) an Gelenken und Extremitäten.*
4	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
5	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
6	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
7	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax *Versorgung von einzelnen und Rippenserienbrüchen mit Pneumo- oder Hämatothorax. Anlage von Drainagesystemen und Spülungen unter notwendiger Überwachung*
8	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes *Arthroskopische Versorgung von Sehnen- und Bandverletzungen. Impingement-Syndromen und Zerreißung des Schultereckgelenkes. Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Schlüsselbeins, Schultergelenkes und Oberarmes mit modernen winkelstabilen Platten und Spezialnagelungen.*
10	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes *Arthroskopische und offene Verfahren bei einfachen und kompliziertesten Knochenbrüchen des Ellenbogens mit winkelstabilen Spezialsystemen bis hin zum Teil- und Vollersatz (Prothese) des Gelenkes.*
11	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand *Es werden offene und geschlossene Knochenbrüche der Hand und des Handgelenkes mit speziellen winkelstabilen Plattensystemen behandelt. Replantationen werden nicht durchgeführt.*
12	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels *Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Oberschenkelbrüchen (auch bei einliegenden Hüft- und Knie- Prothesen). Minimalinvasive Versorgung von Schenkelhalsbrüchen mit Endoprothesen in einer speziellen Technik von vorne (AMIS).*
13	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels *Innere Verletzungen des Kniegelenkes werden vornehmlich arthroskopisch versorgt (Meniskus/Kreuzbänder/Knorpel- Knochen-Zylinder-Transplantation/Patellaluxation,...). Offene und geschlossene Knochenbrüche werden mit speziellen Platten- und Nagelsystemen auch minimalinvasiv behandelt.*
14	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes *Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Sprunggelenkes, der Ferse und Fußes mit winkelstabilen Plattensystemen. Rekonstruktion von Sehnen.*
15	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen *Als lokales Trauma Zentrum des deutschen Trauma Netzwerkes werden alle Verletzungen primär diagnostiziert und können größtenteils selbst versorgt werden. Zur Diagnostik stehen Computertomogramm, Durchleuchtung, Ultraschall und zeitnah ein MRT zur Verfügung.*
16	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie *Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie*
18	VC71 - Notfallmedizin *Die Abteilung ist als lokaler Trauma Versorger in das Trauma Netzwerk Deutschland eingebunden und steht mit Nachbarkrankenhäusern und den Rettungsdiensten in steter Verbindung. Auch bestehen Kompetenzen im Notarztdienst.*
19	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
20	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
21	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten *Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie.*
22	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
23	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
24	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
25	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
26	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
27	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
28	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
29	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
30	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
31	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
32	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
33	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
34	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
35	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
36	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
37	VI39 - Physikalische Therapie
38	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
39	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
40	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
41	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
42	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens *Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie.*
43	VO16 - Handchirurgie *Frakturen*
44	VO21 - Traumatologie *Versorgung von offenen und geschlossenen Knochenbrüchen der Extremitäten und Gelenke mit modernen Verfahren. Versorgung von Wirbelsäulen und Beckenbrüchen. Versorgung von Weichteilverletzungen. Teilnahme am Trauma Netzwerk Deutschland für Schwerverletzte als lokales Trauma Zentrum.*
45	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
46	VR00 - („Sonstiges"): Gelenkpunktionen
47	VR02 - Native Sonographie *Im Rahmen der Gelenk-Diagnostik (Schulter/Hüfte/ Knie/Sprunggelenk) wird die Sonographie verwendet. Besonders in der Schwerverletztendiagnostik sind Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes etabliert.*
48	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
49	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
50	VX00 - („Sonstiges"): Gelenksonographie

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

Vollstationäre Fallzahl	389
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	63
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	62
3	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	22
4	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	19
5	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	15
6	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	14
7	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	13
8	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	10
9	S32.5	Fraktur des Os pubis	8
10	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	8
11	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	8
12	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	7
13	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	7
14	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	7
15	S32.1	Fraktur des Os sacrum	6
16	S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe	6
17	S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär	5
18	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	5
19	S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	5
20	S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	5
21	S52.30	Fraktur des Radiusschaftes, Teil nicht näher bezeichnet	4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
22	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	4
23	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	4
24	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	4
25	S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	< 4
26	S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	< 4
27	S20.2	Prellung des Thorax	< 4
28	S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	< 4
29	S32.4	Fraktur des Acetabulums	< 4
30	S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	< 4

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	179
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	54
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	48
4	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	47
5	S52	Fraktur des Unterarmes	20
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13
7	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	< 4
8	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	< 4
9	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	< 4
10	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	< 4
12	I63	Hirninfarkt	< 4
13	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	E86	Volumenmangel	< 4
15	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	< 4
16	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	< 4
17	M88	Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]	< 4
18	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	< 4
19	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	< 4
20	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	< 4
21	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	< 4
22	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	M47	Spondylose	< 4
24	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	< 4
25	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	< 4

B-[3700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	241
2	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	90
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	77
4	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	71
5	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	68

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	49
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
8	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	24
9	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	10
10	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	8
11	8-701	Einfache endotracheale Intubation	7
12	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	7
13	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	7
14	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	6
15	5-829.k2	Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke	6
16	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	4
17	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	< 4
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
19	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	< 4
21	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	< 4
22	5-839.90	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	< 4
23	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	< 4
24	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	< 4
25	8-810.j4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 1,0 g bis unter 2,0 g	< 4
26	8-800.g2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 3 Thrombozytenkonzentrate	< 4
27	8-98g.14	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage	< 4
28	5-900.1e	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberschenkel und Knie	< 4
29	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	< 4
30	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	< 4

B-[3700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	367
2	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	98
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	71
4	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	68
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	26
7	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	24
8	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	10
9	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	8
10	8-701	Einfache endotracheale Intubation	7
11	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	6
12	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
13	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
14	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	< 4
15	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
16	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	< 4
17	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	< 4
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
19	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	< 4
20	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
22	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	< 4
23	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
24	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
25	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
26	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
27	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4

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

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

B-[3700].11 Personelle Ausstattung

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,7	Fälle je VK/Person	228,823517
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,7	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,7

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	778
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,5	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,5

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ23 - Innere Medizin
3	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie
4	AQ42 - Neurologie

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF72 - Physikalische Therapie

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		12,9	Fälle je VK/Person	30,15504
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	12,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	12,9

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

Gesamt		0,66	Fälle je VK/Person	589,3939
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,66	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,66

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,7	Fälle je VK/Person	33,24786
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	11,7	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	11,7

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,01	Fälle je VK/Person	38900
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,01	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,01

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,91	Fälle je VK/Person	133,676971
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,91	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,91

B-[3700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ06 - Master
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ17 - Pflege in der Rehabilitation

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
8	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP05 - Entlassungsmanagement
6	ZP06 - Ernährungsmanagement
7	ZP07 - Geriatrie
8	ZP08 - Kinästhetik
9	ZP09 - Kontinenzmanagement
10	ZP14 - Schmerzmanagement
11	ZP15 - Stomamanagement
12	ZP16 - Wundmanagement
13	ZP18 - Dekubitusmanagement
14	ZP19 - Sturzmanagement
15	ZP20 - Palliative Care
16	ZP22 - Atmungstherapie
17	ZP25 - Gerontopsychiatrie
18	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management

B-[1516] Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

B-[1516].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

B-[1516].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1516 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
2	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1516].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Orthopädie, Chirurgie, Unfallchirurgie und spezielle Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jörg Beardi
Telefon	0661 15 2324
Fax	0661 15 2322
E-Mail	Sekretariat.unfallchirurgie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chirurgie/Unfallchirurgie, Sportmedizin
Titel, Vorname, Name	David Hinder
Telefon	0661 2506430

E-Mail	info@praxisklinik-hinder.de
Strasse	Gerloser Weg
Hausnummer	23a
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[1516].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-[1516].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO14 - Endoprothetik *Wir sind als Endoprothetik Zentrum zertifiziert. Eine Spezialität ist die minimalinvasive Implantation von Standard-Hüftgelenksprothesen nach SuperPath. Der endoprothetische Ersatz des Kniegelenkes, des Schultergelenkes und des Ellenbogens werden regelhaft durchgeführt.*
2	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie *Diagnostik und spezielle Therapie (konservativ und operativ) von Sportverletzungen der Schulter und Kniegelenkes. Leistungsdiagnostik und Betreuung von Sportvereinen und Sportveranstaltungen in Kooperation mit niedergelassenen Praxen.*
3	VC69 - Verbrennungschirurgie *Versorgung nicht lebensbedrohlicher Verbrennungen und Verbrühungen der Extremitäten und des Rumpfes.*
4	VC71 - Notfallmedizin *Die Abteilung ist als lokaler Traumaversorger in das Traumanetzwerk Deutschland eingebunden und steht mit Nachbarkrankenhäusern und den Rettungsdiensten in steter Verbindung. Auch bestehen Kompetenzen im Notarztdienst.*

#	Medizinische Leistungsangebote
5	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie *Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie*
6	VC66 - Arthroskopische Operationen *Schwerpunkte sind die Spiegelung des Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenkes. (Rotatorenmanschettenrekonstrution, Kreuzbandersatz, Knochen-Knorpel-Zylinder-Transplantation, Einengungssyndrome der Schulter, Hüfte und Sprunggelenk)*
7	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe *Kleiner Hautdefekte werden durch lokale Lappen oder Mesh-graft-Transplantate gedeckt. Auch ist die Vakuumtechnik etabliert.*
8	VC58 - Spezialsprechstunde *Sprechstunde für Unfallverletzte (KV-Ermächtigung für 3 Monate nach stationärer Versorgung) Sprechstunde für Arbeitsunfälle Sprechstunde für Berufstätige*
9	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens *Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie.*
10	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen *Arthroskopische Sehnenrekonstruktionen der Schulter und Gelenkschleimhautentfernungen im Schulter-, Knie- und Sprunggelenk*
11	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien *Arthroskopische und offene Knorpelersatzverfahren des Knie- und Hüftgelenkes (Knorpel-Knochen-Zylinder-Transplatation). Teilgelenkersatz (Schulter/Knie)*
12	VO17 - Rheumachirurgie *Endoprothetische Verfahren für Schulter-, Hüft- und Kniegelenke*
13	VO13 - Spezialsprechstunde *Sprechstunde für arthroskopische Eingriffe (Schulter-, Hüft-, Kniegelenk), Sprechstunde für Gelenkersatz (Schulter, Hüfte minimalinvasiv, Knie), Sprechstunde für Hand- und Fußeingriffe, Sportsprechstunde, Sprechstunde für Berufstätige (abends), Sprechstunde für Arbeitsunfälle*

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VR02 - Native Sonographie *Im Rahmen der Gelenk-Diagnostik (Schulter/Hüfte/ Knie/Sprunggelenk) wird die Sonographie verwendet. Besonders in der Schwerverletztendiagnostik sind Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes etabliert.*
15	VO15 - Fußchirurgie *Vorfußkorrektur-Operationen (Hallux valgus, Krallenzehen, Umstellungen) und spezielle Therapieformen des diabetischen Fußsyndroms*
16	VO21 - Traumatologie *Versorgung von offenen und geschlossenen Knochenbrüchen der Extremitäten und Gelenke mit modernen Verfahren. Versorgung von Wirbelsäulen und Beckenbrüchen. Versorgung von Weichteilverletzungen. Teilnahme am Traumanetzwerk Deutschland für Schwerverletzte als lokales Traumazentrum.*
17	VK32 - Kindertraumatologie *Kinder ab 5 Jahren können auch operativ behandelt werden. Hierzu gehören Knochenbrüche des Ober- und Unterarmes, des Oberschenkel und Unterschenkels. Es werden moderne minimalinvasive Systeme (Nägel-Drähte) möglich angewandt.*
18	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien *Bildgebende Diagnostik mittels Röntgen/CT/MRT/Sonographie; arthroskopische (Spiegelung) und offene Gelenkrevisionen der Schulter, Ellenbogen, Hüfte, Knie und Sprunggelenk; prothetischer Ersatz der Schulter, Ellenbogen, Hüfte und Kniegelenk*
19	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie *Plastische Hautdeckungen nach Verletzungen an Rumpf und Extremitäten*
20	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen *Als lokales Traumazentrum des deutschen Traumanetzwerkes werden alle Verletzungen primär diagnostiziert und können größtenteils selbst versorgt werden. Zur Diagnostik stehen Computertomogramm, Durchleuchtung, Ultraschall und zeitnah ein MRT zur Verfügung.*
21	VC63 - Amputationschirurgie *im Rahmen der Kooperation mit der internistischen Abteilung des Hauses und der Kooperation mit niedergelassenen Kollegen zur Behandlung des diab. Fußsyndroms*
22	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken *Rotatorenmanschettennaht der Schulter, Kreuzbandersatz und Kniescheibenfesselung, Bandplastiken des Sprunggelenkes bei Instabilität*

#	Medizinische Leistungsangebote
23	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes *Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Sprunggelenkes, der Ferse und Fußes mit winkelstabilen Plattensystemen. Rekonstruktion von Sehnen.*
24	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes *Arthroskopische Versorgung von Sehnen- und Bandverletzungen. Impingementsyndromen und Zerreißung des Schultereckgelenkes. Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Schlüsselbeins, Schultergelenkes und Oberarmes mit modernen winkelstabilen Platten und Spezialnagelungen.*
25	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels *Innere Verletzungen des Kniegelenkes werden vornehmlich arthroskopisch versorgt (Meniskus/Kreuzbänder/Knorpel-Knochen-Zylinder-Transplantation/Patellaluxation,...). Offene und geschlossene Knochenbrüche werden mit speziellen Platten- und Nagelsystemen auch minimalinvasiv behandelt.*
26	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax *Versorgung von einzelnen und Rippenserienbrüchen mit Pneumo- oder Hämatothorax. Anlage von Drainagesystemen und Spülungen unter notwendiger intensivmedizinische Überwachung.*
27	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes *Arthroskopische und offene Verfahren bei einfachen und kompliziertesten Knochenbrüchen des Ellenbogens mit winkelstabilen Spezialsystemen bis hin zum Teil- und Vollersatz (Prothese) des Gelenkes.*
28	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand *Es werden offene und geschlossene Knochenbrüche der Hand und des Handgelenkes mit speziellen winkelstabilen Plattensystemen behandelt. Replantationen werden nicht durchgeführt.*
29	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen *Entfernung eingebrachter Osteosynthesematerialien (Platten, Drähte, Nägel) an Gelenken und Extremitäten. Entfernung von eingebrachten Fremdkörpern bei Verletzungen.*
30	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik *Minimalinvasive Hüftendoprothetik (Arthrose und Schenkelhalsfraktur) nach SuperPath. Schulterendoprothetik (Kappe, Vollprothese, inverse Prothese bei Arthrose und Fraktur), Knieendoprothetik (Voll- und Schlittenprothese), Ersatz des Ellenbogengelenkes bei Frakturen*

#	Medizinische Leistungsangebote
31	VO16 - Handchirurgie *Knochenbrüche, Strecksehnenverletzungen, Ganglion, schnellender Finger, M. Dupuytren, Karpaltunnelsyndrom, Rhizarthrose*
32	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels *Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Oberschenkelbrüchen (auch bei einliegenden Hüft und Knie-Prothesen). Minimalinvasive Versorgung von Schenkelhalsbrüchen mit Endoprothesen in einer speziellen Technik von vorne (AMIS).*
33	VD20 - Wundheilungsstörungen *Allgemein*
34	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
35	VC30 - Septische Knochenchirurgie
36	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
37	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
38	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

B-[1516].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1380
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1516].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	131
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	126
3	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	53
4	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	44
5	S06.0	Gehirnerschütterung	41

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	M25.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	36
7	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	34
8	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	29
9	S86.0	Verletzung der Achillessehne	27
10	S82.81	Bimalleolarfraktur	24
11	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	23
12	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	22
13	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	16
14	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	16
15	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	14
16	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	14
17	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	13
18	S20.2	Prellung des Thorax	13
19	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	13
20	M54.4	Lumboischialgie	13
21	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	12
22	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	12
23	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	12
24	M70.2	Bursitis olecrani	12
25	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	12
26	M20.1	Hallux valgus (erworben)	11
27	S83.2	Meniskusriss, akut	11
28	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	11
29	M23.81	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	11

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	10

B-[1516].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	178
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	143
3	S52	Fraktur des Unterarmes	87
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	86
5	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	74
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	71
7	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	56
8	M75	Schulterläsionen	49
9	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	49
10	S06	Intrakranielle Verletzung	42
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	32
12	S72	Fraktur des Femurs	32
13	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	31
14	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	27
15	M54	Rückenschmerzen	26
16	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	26
17	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	22
18	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	21
19	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	20

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	19
21	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	17
22	M65	Synovitis und Tenosynovitis	17
23	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	15
24	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	15
25	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	14
26	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	13
27	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	13
28	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	13
29	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	12
30	M48	Sonstige Spondylopathien	11

B-[1516].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	158
2	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	115
3	5-800.4g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk	113
4	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	106
5	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	98
6	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	90

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
7	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	77
8	5-816.1	Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare: Glättung und (Teil-)Resektion	68
9	5-782.be	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Schenkelhals	64
10	5-810.2g	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	62
11	5-811.2g	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Hüftgelenk	61
12	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	58
13	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	57
14	5-782.bd	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Becken	54
15	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	52
16	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	51
17	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	50
18	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	43
19	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	42
20	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	39
21	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	38
22	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	37

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	36
24	5-793.k6	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	35
25	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	33
26	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	33
27	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	26
28	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	25
29	5-806.3	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht der Syndesmose	25
30	5-811.40	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Humeroglenoidalgelenk	23

B-[1516].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	284
2	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	252
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	196
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	188
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	171
6	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	159
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	146

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	131
9	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	125
10	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	120
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	118
12	5-986	Minimalinvasive Technik	80
13	5-816	Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare	68
14	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	65
15	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	62
16	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	61
17	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	59
18	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	49
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	43
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	37
21	5-916	Temporäre Weichteildeckung	37
22	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	35
23	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	35
24	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	33
25	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	33
26	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	31

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	30
28	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	27
29	8-190	Spezielle Verbandstechniken	25
30	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	24

B-[1516].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	KV-Sprechstunde *Ermächtigung zur ambulanten Weiterbetreuung stationärer GKV-Patienten für 3 Monate nach Entlassung nach Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für Chirurgie/ oder Unfallchirurgie und Orthopädie*
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Sprechstunde für Arbeitsunfälle *Werktägliche Sprechstunde für Arbeitsunfallverletzte im besonderen und allgemeinen Heilverfahren der Berufsgenossenschaften*
3	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde für Privatpatienten *Unfallchirurgische und orthopädische Krankheitsbilder, Betreuung in der nachstationäre Phase, Einholung für Zweitmeinungen*
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz *Versorgung sämtlicher unfallchirurgischer und orthopädischer Notfälle (24h) mit Facharztstandard, lokales Traumazentrum des Deutschen Traumanetzwerkes*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Sprechstunde für stationäre Nachbetreuung *Vor- und nachstationäre Betreuung im Sprechstundenzentrum des Krankenhauses*

B-[1516].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	Notfallambulanz	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
3	Notfallambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
4	Notfallambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
5	Notfallambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
6	Notfallambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
7	Notfallambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	Notfallambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
9	Notfallambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
10	Notfallambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
11	Notfallambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
12	Notfallambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
13	Notfallambulanz	VO14 - Endoprothetik
14	Notfallambulanz	VO15 - Fußchirurgie
15	Notfallambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
16	Notfallambulanz	VO21 - Traumatologie

#	Ambulanz	Leistung
17	Notfallambulanz	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
18	Notfallambulanz	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
19	Notfallambulanz	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
20	Notfallambulanz	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
21	Sprechstunde für Arbeitsunfälle	VI00 - („Sonstiges"): Diagnostik udn Therapie im Bereich Unfallchirurgie und Orthopädie des gesamten Bewegungsapparates

B-[1516].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	52
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	29
3	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	17
4	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	17
5	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	16
6	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	16
7	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	15
8	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	10
9	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	6

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
10	5-813.0	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des vorderen Kreuzbandes	6
11	5-813.5	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit alloplastischem Bandersatz	5
12	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	5
13	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	4
14	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	4
15	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	4
16	5-814.3	Arthroskopische subakromiale Dekompression am Schultergelenk	4
17	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	4
18	5-795.3b	Plattenosteosynthese einer einfachen Fraktur am Mittelhandknochen	4
19	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	< 4
20	5-787.3b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metakarpale	< 4
21	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	< 4
22	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	< 4
23	5-787.1w	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Phalangen Fuß	< 4
24	5-787.2v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale	< 4
25	5-846.4	Arthrodese an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, einzeln	< 4
26	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4
27	5-787.31	Entfernung einer Platte aus dem proximalen Humerus	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
28	5-795.kc	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Hand	< 4
29	5-787.37	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Ulna proximal	< 4
30	5-796.2v	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur am Mittelfußknochen durch Platte	< 4

B-[1516].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	147
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	62
3	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	27
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	13
5	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	10
6	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	8
7	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	7
8	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	4
10	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	< 4
11	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
12	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	< 4
13	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
14	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
15	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
16	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
18	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
19	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
20	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
21	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
22	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4

B-[1516].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1516].11 Personelle Ausstattung

B-[1516].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,43	Fälle je VK/Person	195,190933
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	9,43	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,36	**Stationär**	7,07

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,75	Fälle je VK/Person	492,857147
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,75	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,95	**Stationär**	2,8

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	1380

B-[1516].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1516].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF72 - Physikalische Therapie
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF44 - Sportmedizin

B-[1516].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		11,1	Fälle je VK/Person	125,454552
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	11,1	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,1	**Stationär**	11

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

Gesamt		1,61	Fälle je VK/Person	857,1428
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,61	**Ohne**	0

Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,61

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,84	Fälle je VK/Person	1642,85718
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,84	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,84

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,51	Fälle je VK/Person	2705,88232
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,51	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,51

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,73	Fälle je VK/Person	1890,41089
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,73	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,73

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,09	Fälle je VK/Person	15333,333
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,09	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,09

B-[1516].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1516].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP19 - Sturzmanagement
5	ZP05 - Entlassungsmanagement
6	ZP06 - Ernährungsmanagement
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
9	ZP01 - Basale Stimulation
10	ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[1516].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimal Invasive Chirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimal Invasive Chirurgie

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	Facharzt für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie und Minimal-invasiver Chirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Berkhoff
Telefon	0661 15 2321
Fax	0661 15 2322
E-Mail	sekretariat.viszeralchirurgie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
2	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen *Bauchwandbrüche, Magen-Darm-Operationen, Refluxchirurgie*
3	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie *auch minimalinvasive Chirurgie (entzündliche Erkrankungen; Tumorerkrankungen sowie Morbus Crohn)*
4	VC00 - („Sonstiges") *Proktologie*
5	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie *Lebertumor, Gallensteinerkrankungen*
6	VC62 - Portimplantation
7	VC24 - Tumorchirurgie *Magenkarzinom, Kolorectalkarzinom*
8	VC60 - Adipositaschirurgie *minimalinvasive Verfahren (Magenschlauchbildung; Magenbypass)*
9	VC58 - Spezialsprechstunde *Kolon- und Rektumchirurgie Proktologie Tumorchirurgie Hernienchirurgie Endokrine Chirurgie (Nebenschilddrüse- sowie Schilddrüsenerkrankungen)*
10	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	VC21 - Endokrine Chirurgie *auch minimalinvasive Verfahren (Nebenschilddrüse- sowie Schilddrüsenerkrankungen)*
12	VC00 - („Sonstiges") *Chirurgie der Refluxkrankheiten*

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VC00 - („Sonstiges") *- Leistenbrüche (minimalivasiv oder offen) - Narbenbrüche (minimalinvasiv oder offen) - Nabelhernien - Zwerchfellbrüche*
14	VC00 - („Sonstiges") *Chirurgische Onkologie*
15	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl	1590
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	213
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	98
3	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	90
4	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	45
5	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	43
6	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	43
7	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	41
8	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	40

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	37
10	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	35
11	E04.9	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet	27
12	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	27
13	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	25
14	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	24
15	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	24
16	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	24
17	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	23
18	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	22
19	K61.2	Anorektalabszess	21
20	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	20
21	L72.1	Trichilemmalzyste	19
22	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	19
23	K61.0	Analabszess	18
24	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	18
25	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	17
26	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	17
27	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	16
28	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	13
29	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	13
30	K40.00	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	13

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	330
2	K80	Cholelithiasis	202
3	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	121
4	K35	Akute Appendizitis	76
5	E04	Sonstige nichttoxische Struma	76
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	74
7	K57	Divertikulose des Darmes	70
8	K43	Hernia ventralis	58
9	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	46
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	45
11	L05	Pilonidalzyste	29
12	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	27
13	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	23
14	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	22
15	K42	Hernia umbilicalis	21
16	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	19
17	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	18
18	K29	Gastritis und Duodenitis	18
19	K44	Hernia diaphragmatica	15
20	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	13
21	E66	Adipositas	12
22	N20	Nieren- und Ureterstein	11
23	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	11
24	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	9
25	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	9
26	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	8
27	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	8

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	7
29	K41	Hernia femoralis	7
30	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm² bis unter 200 cm²	329
2	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	285
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	203
4	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	76
5	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	70
6	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	69
7	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	68
8	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	48
9	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	46
10	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	38
11	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	32

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
12	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	32
13	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	28
14	5-932.14	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 200 cm² bis unter 300 cm²	27
15	5-069.x	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Sonstige	25
16	5-469.00	Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	23
17	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	23
18	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	22
19	5-894.0d	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Gesäß	22
20	5-455.75	Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	22
21	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	21
22	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	20
23	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	19
24	5-448.52	Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Laparoskopisch	18
25	5-894.0a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Brustwand und Rücken	18

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	18
27	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	17
28	5-894.06	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Schulter und Axilla	17
29	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	14
30	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	14

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	396
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	333
3	5-511	Cholezystektomie	209
4	5-469	Andere Operationen am Darm	182
5	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	118
6	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	95
7	5-470	Appendektomie	81
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	81
9	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	66
10	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	60

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	52
12	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	51
13	5-061	Hemithyreoidektomie	47
14	5-916	Temporäre Weichteildeckung	40
15	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	31
16	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	30
17	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	29
18	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	28
19	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	28
20	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	24
21	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	23
22	5-538	Verschluss einer Hernia diaphragmatica	22
23	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	20
24	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	19
25	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	19
26	5-454	Resektion des Dünndarmes	19
27	5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	17
28	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	16
29	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	14
30	5-434	Atypische partielle Magenresektion	14

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VC60 - Adipositaschirurgie
2	AM08	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
3	AM08	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
4	AM08	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
5	AM08	VC21 - Endokrine Chirurgie
6	AM08	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
7	AM08	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
8	AM08	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
9	AM08	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
10	AM08	VC71 - Notfallmedizin
11	AM08	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
12	AM08	VC58 - Spezialsprechstunde
13	AM08	VC24 - Tumorchirurgie

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	49
2	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	10

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
3	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	5
4	5-530.32	Endoskopischer Verschluss einer Hernia inguinalis durch TEP-Plastik mit alloplastischem Material	4
5	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
6	5-534.02	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Abtragung des Urachus	< 4
7	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
8	5-536.10	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	< 4
9	5-493.20	Exzision von Hämorrhoiden an 1 Segment (z.B. nach Milligan-Morgan)	< 4
10	5-530.1	Herniotomie inguinal nach Bassini	< 4
11	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	< 4
12	5-530.73	Offene Leistenhernienreparation bei Rezidiv nach Lichtenstein	< 4
13	5-534.34	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	< 4
14	5-852.a6	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Bauchregion	< 4
15	5-852.92	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Oberarm und Ellenbogen	< 4
16	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
17	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4
18	5-482.10	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submukosale Exzision: Peranal	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	52
2	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	10
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	8
4	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	8
5	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
6	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
7	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
9	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
10	5-482	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 4
11	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,09	Fälle je VK/Person	261,94397
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,09	**Ohne**	0

Versorgungsform	**Ambulant**	2,02	**Stationär**	6,07

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,43	Fälle je VK/Person	478,91568
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,43	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,11	**Stationär**	3,32

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
2	ZF34 - Proktologie
3	ZF52 - Ernährungsmedizin

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		15,06	Fälle je VK/Person	106,998657
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	15,06	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,2	**Stationär**	14,86

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

Gesamt		2,49	Fälle je VK/Person	638,5542
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,49	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,49

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	2650
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,6	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,6

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	5129,032
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,31	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,31

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,93	Fälle je VK/Person	1709,67737
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,93	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,93

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,09	Fälle je VK/Person	17666,666
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,09	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,09

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

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ20 - Praxisanleitung
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ07 - Pflege in der Onkologie
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP19 - Sturzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP18 - Dekubitusmanagement
7	ZP05 - Entlassungsmanagement
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP14 - Schmerzmanagement *z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse*
10	ZP09 - Kontinenzmanagement
11	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management

B-[1700] Wirbelsäulenchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Wirbelsäulenchirurgie

B-[1700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1700 - Neurochirurgie
2	3755 - Wirbelsäulenchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Neurochirurgie, Sportmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Michael Eichler
Telefon	0661 15 0
E-Mail	info@herz-jesu-Krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Neurochirurgie,
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Bernd Hölper
Telefon	0661 15 0
E-Mail	info@herz-jesu-Krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
2	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
3	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
4	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
5	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

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

Vollstationäre Fallzahl	366
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	202
2	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	86
3	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	20
4	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	10
5	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	8

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	7
7	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	6
8	M43.06	Spondylolyse: Lumbalbereich	6
9	S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	4
10	M43.17	Spondylolisthesis: Lumbosakralbereich	< 4
11	M41.56	Sonstige sekundäre Skoliose: Lumbalbereich	< 4
12	M19.05	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
13	S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	< 4
14	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	< 4
15	S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	< 4
16	K60.1	Chronische Analfissur	< 4
17	S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	< 4
18	M43.02	Spondylolyse: Zervikalbereich	< 4
19	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	< 4
20	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[1700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	295
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	20
3	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	14
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	13
5	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	10
6	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	8
7	M41	Skoliose	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	M19	Sonstige Arthrose	< 4
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	< 4

B-[1700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	373
2	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	301
3	5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	296
4	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)	235
5	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	213
6	5-832.4	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	202
7	5-903.1a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	199
8	5-836.30	Spondylodese: Dorsal: 1 Segment	196
9	5-83a.10	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Thermomodulation der Bandscheibe: 1 Segment	192
10	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation	140
11	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	131
12	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	104

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	98
14	5-832.0	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Spondylophyt	93
15	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	93
16	5-832.6	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Unkoforaminektomie	82
17	5-83a.00	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 1 Segment	80
18	5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment	72
19	5-83b.30	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 1 Segment	64
20	5-836.50	Spondylodese: Ventral: 1 Segment	62
21	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	55
22	5-83b.50	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment	50
23	5-037.0	Operationen an intraspinalen Blutgefäßen: Präparation und Resektion	39
24	5-836.31	Spondylodese: Dorsal: 2 Segmente	37
25	5-836.40	Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 1 Segment	32
26	5-83a.11	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Thermomodulation der Bandscheibe: 2 Segmente	27
27	5-83b.71	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 2 Segmente	25
28	5-030.71	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 2 Segmente	23

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-839.a0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	22
30	5-836.51	Spondylodese: Ventral: 2 Segmente	21

B-[1700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	532
2	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	409
3	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	384
4	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	377
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	373
6	5-836	Spondylodese	358
7	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	310
8	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	287
9	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	213
10	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	199
11	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	141
12	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	96
13	5-037	Operationen an intraspinalen Blutgefäßen	39
14	5-986	Minimalinvasive Technik	12
15	5-035	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute	8

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	8
17	5-83w	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule	5
18	5-036	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten	5
19	5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	< 4
20	5-033	Inzision des Spinalkanals	< 4
21	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
22	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
23	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	< 4
24	1-480	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Knochen	< 4
25	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 4
26	5-023	Anlegen eines Liquorshuntes [Shunt-Implantation]	< 4
27	1-503	Biopsie an Knochen durch Inzision	< 4
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
29	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
30	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4

B-[1700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
2	AM08	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
3	AM08	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie

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

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

B-[1700].11 Personelle Ausstattung

B-[1700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	732
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	0,5
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,5

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	732
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	0,5
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,5

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ41 - Neurochirurgie

2 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[1700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		2,95	Fälle je VK/Person	124,067787
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,95	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,95

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

Gesamt		0,23	Fälle je VK/Person	1591,30432
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,23	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,23

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	12200
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,03	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,03

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,18	Fälle je VK/Person	2033,33325
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,18	**Ohne**	0

Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,18

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,13	Fälle je VK/Person	2815,38477
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,13	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,13

B-[1700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP20 - Palliative Care
3	ZP14 - Schmerzmanagement *z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse*
4	ZP05 - Entlassungsmanagement *z. B. Überleitungspflege*

#	Zusatzqualifikation
5	ZP16 - Wundmanagement *z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW*
6	ZP19 - Sturzmanagement
7	ZP09 - Kontinenzmanagement
8	ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Alexander Dengler
Telefon	0661 15 2501
Fax	0661 15 2506
E-Mail	sekretariat.frauenklinik@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
2	VG05 - Endoskopische Operationen *Laparoskopie, Hysteroskopie*
3	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
4	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
5	VG07 - Inkontinenzchirurgie
6	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
7	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
8	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
11	VG00 - („Sonstiges")
12	VC68 - Mammachirurgie
13	VG19 - Ambulante Entbindung
14	VA17 - Spezialsprechstunde *Urodynamik- Sprechstunde*
15	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
16	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
17	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
18	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren *Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom*
19	VG16 - Urogynäkologie
20	VG17 - Reproduktionsmedizin
21	VK25 - Neugeborenenscreening

#	Medizinische Leistungsangebote
22	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
23	VI38 - Palliativmedizin
24	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
25	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
26	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
27	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen

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

Vollstationäre Fallzahl	2700
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	838
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	134
3	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	128
4	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	110
5	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	98
6	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	80
7	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	68
8	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	59
9	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	58
10	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	48

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
11	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	46
12	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	30
13	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	30
14	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	28
15	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	27
16	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	27
17	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	24
18	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	24
19	N84.0	Polyp des Corpus uteri	21
20	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	20
21	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	20
22	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	19
23	O72.0	Blutung in der Nachgeburtsperiode	19
24	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	19
25	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	16
26	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	16
27	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	15
28	O63.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)	15
29	O20.0	Drohender Abort	15
30	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	14

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	840
2	O70	Dammriss unter der Geburt	196
3	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	182
4	O80	Spontangeburt eines Einlings	134
5	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	134
6	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	102
7	D25	Leiomyom des Uterus	95
8	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	64
9	N81	Genitalprolaps bei der Frau	61
10	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	57
11	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	49
12	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	34
13	O72	Postpartale Blutung	31
14	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	30
15	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	29
16	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	28
17	N80	Endometriose	28
18	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	26
19	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	25
20	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	23
21	O63	Protrahierte Geburt	23
22	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	19
23	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	18

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	16
25	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	16
26	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	15
27	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	14
28	O24	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft	13
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	13
30	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	12

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	963
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	640
3	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	136
4	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	105
5	5-401.13	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	99
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	93
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	89
8	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	82
9	5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte	77
10	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	72
11	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	68
12	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	68

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	57
14	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	53
15	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	52
16	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	48
17	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	47
18	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	46
19	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	46
20	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	46
21	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	45
22	5-932.11	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm² bis unter 50 cm²	43
23	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	42
24	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	38
25	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	37
26	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	35
27	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	33
28	5-704.4g	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	33

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	29
30	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	27

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	964
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	640
3	5-740	Klassische Sectio caesarea	150
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	145
5	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	138
6	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	136
7	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	131
8	5-749	Andere Sectio caesarea	121
9	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	119
10	5-661	Salpingektomie	117
11	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	110
12	5-728	Vakuumentbindung	103
13	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	99
14	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	93
15	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	89
16	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	72
17	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	64
18	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	64
19	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	63

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	3-100	Mammographie	60
21	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	55
22	5-653	Salpingoovariektomie	49
23	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	46
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	35
25	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	33
26	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	28
27	5-882	Operationen an der Brustwarze	28
28	5-658	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	26
29	5-759	Andere geburtshilfliche Operationen	25
30	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	24

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM14 - Ambulanz im Rahmen von DMP	
2	AM07 - Privatambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	*Hier erfolgt die Versorgung direkt über Station Lioba, Medizinisches Leistungsangebot , siehe B-3*

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VG00 - („Sonstiges"): siehe hierzu B-3
2	AM08	VG00 - („Sonstiges"): Es existiert eine Präventionsordnung. Eine Präventionsfachkraft ist benannt und tätig. Es wurden u.a. einschlägige Schulungen zum Thema angeboten.

#	Ambulanz	Leistung
3	AM14	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	AM14	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	AM14	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	157
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	125
3	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	124
4	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	117
5	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	72
6	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	62
7	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	56
8	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	40
9	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	22
10	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	21
11	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	17

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
12	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	14
13	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	13
14	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	11
15	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	8
16	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	5
17	5-681.82	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	5
18	5-870.20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	4
19	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
20	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	< 4
21	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
22	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	< 4
23	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
24	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
25	5-671.02	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Messerkonisation	< 4
26	5-681.10	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision eines kongenitalen Septums: Vaginal	< 4
27	5-681.62	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Thermokoagulation	< 4
28	5-681.51	Hysteroskopische Polypabtragung	< 4
29	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
30	5-671.11	Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Schlingenexzision	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	157
2	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	126
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	125
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	117
5	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	100
6	5-671	Konisation der Cervix uteri	77
7	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	59
8	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	56
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	26
10	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	14
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	13
12	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	8
13	5-661	Salpingektomie	5
14	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	5
15	5-881	Inzision der Mamma	< 4
16	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
17	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
18	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
19	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
20	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4

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

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		16,54	Fälle je VK/Person	203,9275
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	16,54	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	3,3	**Stationär**	13,24

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,98	Fälle je VK/Person	563,6743
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,98	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,19	**Stationär**	4,79

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	AQ63 - Allgemeinmedizin

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Spezielle Operative Gynäkologie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		8,29	Fälle je VK/Person	336,658325
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,29	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,27	**Stationär**	8,02

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

Gesamt		5,78	Fälle je VK/Person	467,128021
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,78	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	5,78

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,04	Fälle je VK/Person	67500
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,04	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,04

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,2	Fälle je VK/Person	2250
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,2	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,2

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,2	Fälle je VK/Person	2250

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

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Gesamt	18	Fälle je VK/Person	150

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,84	Fälle je VK/Person	3214,286
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,84	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,84

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ01 - Bachelor
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP18 - Dekubitusmanagement

#	Zusatzqualifikation
5	ZP28 - Still- und Laktationsberatung *z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)*
6	ZP05 - Entlassungsmanagement
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP23 - Breast Care Nurse
10	ZP19 - Sturzmanagement

B-[3000] Kinder- und Jungendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-[3000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kinder- und Jungendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-[3000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3000 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
2	3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)

B-[3000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Frank M. Theisen
Telefon	0661 15 4100
Fax	0661 15 4108
E-Mail	sekretariat.kjp@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[3000].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-[3000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP00 - („Sonstiges") *Anorexia und Bulimia nervosa*
2	VP00 - („Sonstiges") *Diagnostik und Behandlung von Tic- Störungen*
3	VP00 - („Sonstiges") *Diagnostik und Therapie von psychischen störungen infolge traumatischer Ereignisse*
4	VP00 - („Sonstiges") *Diagnostik und Therapie bei selbst verletzendem Verhalten im Rahmen verschiedener Störungsbilder*
5	VP00 - („Sonstiges") *Einnässen; Einkoten*
6	VP00 - („Sonstiges") *Diagnostik und Therapie von Bindungsstörungen*
7	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
8	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
9	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik *Standort Fulda: 16 Plätze / Standort Bad Hersfeld: 16 Plätze*
10	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
11	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
12	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter *1. Therapiegruppen 2. Soziales Kompetenztraining 3. Bewegungstherapie 4. Ergotherapie 5. Logopädie 6. Ernährungsberatung*
14	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
15	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
16	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
17	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
18	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen *Autismus*
19	VP00 - („Sonstiges“) *ADHS*
20	VP12 - Spezialsprechstunde
21	VP00 - („Sonstiges“) *Diagnostik und Therapie von Angst- und Zwangstörungen*
22	VP13 - Psychosomatische Komplexbehandlung
23	VP16 - Psychosomatische Tagesklinik
24	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
25	VK28 - Pädiatrische Psychologie
26	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
27	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
28	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
29	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
30	VI40 - Schmerztherapie
31	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
32	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen

B-[3000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	315
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	63
2	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	45
3	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	41
4	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	32
5	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	15
6	F43.2	Anpassungsstörungen	14
7	F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ	11
8	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	6
9	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	6
10	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	5
11	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	5
12	F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ	5
13	F40.1	Soziale Phobien	5
14	F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	4
15	F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	4
16	F98.80	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4
17	F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit	4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	< 4
19	F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	< 4
20	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	< 4
21	F50.1	Atypische Anorexia nervosa	< 4
22	F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	< 4
23	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	< 4
24	F50.8	Sonstige Essstörungen	< 4
25	F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
26	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	< 4
27	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	< 4
28	F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	< 4
29	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	< 4
30	F43.0	Akute Belastungsreaktion	< 4

B-[3000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	65
2	F90	Hyperkinetische Störungen	56
3	F32	Depressive Episode	52
4	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	34
5	F50	Essstörungen	21
6	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	16
7	F40	Phobische Störungen	9

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	F42	Zwangsstörung	8
9	F41	Andere Angststörungen	6
10	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	6
11	F91	Störungen des Sozialverhaltens	5
12	F70	Leichte Intelligenzminderung	5
13	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4
14	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	4
15	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4
16	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	< 4
17	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	< 4
18	F25	Schizoaffektive Störungen	< 4
19	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	< 4
20	F20	Schizophrenie	< 4
21	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	< 4
22	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	< 4
23	F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	< 4
24	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	< 4
25	F64	Störungen der Geschlechtsidentität	< 4
26	F45	Somatoforme Störungen	< 4
27	F30	Manische Episode	< 4
28	F33	Rezidivierende depressive Störung	< 4
29	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	< 4

B-[3000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3000].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	
2	AM07 - Privatambulanz	

B-[3000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
2	AM02	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

B-[3000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3000].11 Personelle Ausstattung

B-[3000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		12,47	Fälle je VK/Person	25,26062
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	12,47	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	12,47

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,24	Fälle je VK/Person	74,29246
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,24	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,24

B-[3000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
2	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

B-[3000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –

B-[3000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		18,18	Fälle je VK/Person	17,32673
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	18,18	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	18,18

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

Gesamt		13,32	Fälle je VK/Person	23,64865
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	13,32	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	13,32

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,16	Fälle je VK/Person	99,68354
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,16	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,16

B-[3000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ02 - Diplom
4	PQ01 - Bachelor
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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

B-[3000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		0,82	Fälle je VK/Person	384,146332
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,82	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,82

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Gesamt		1,89	Fälle je VK/Person	166,666672
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,89	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,89

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt		2,06 [1)]	Fälle je VK/Person	152,912628
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,06	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,06

1) gemäß §§ 2 PsychTh-APrV / KJP Psych-Th

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt		1,68	Fälle je VK/Person	187,500015
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	1,68
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,68

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt		1,67	Fälle je VK/Person	188,622757
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	1,67

Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,67

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	157,5
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2

B-[3060] Tagesklinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Herz-Jesu Krankenhaus Fulda gGmbH

B-[3060].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Herz-Jesu Krankenhaus Fulda gGmbH

B-[3060].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)

B-[3060].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt KJP
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Frank M. Theisen
Telefon	0661 15 4100
Fax	0661 15 3109
E-Mail	sekretariat.kjp@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstraße
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[3060].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-[3060].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
3	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
4	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
6	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
7	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

B-[3060].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	107

B-[3060].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3060].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3060].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3060].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3060].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	

B-[3060].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM02	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

B-[3060].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3060].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3060].11 Personelle Ausstattung

B-[3060].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,54	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,54	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,54

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		0,52	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,52	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,52

B-[3060].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[3060].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3060].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		2,04	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,04	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,04

B-[3060].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[3060].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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

B-[3060].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

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

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

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

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt		1 [1)]	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1

1) gemäß §§ 2 PsychTh-APrV / KJP Psych-Th

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	0,5

Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,5

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

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

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

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

B-[3790] Anästhesie, postoperative Intensiv- und Schmerztherapie

B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie, postoperative Intensiv- und Schmerztherapie

B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[3790].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Anästhesie und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5390
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[3790].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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

2014 nach § 135c SGB V

B-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges") *Geburtshilfliche Periduralanästhesie*
2	VX00 - („Sonstiges") *Durchführung von allen gängigen Anästhesieverfahren*
3	VI40 - Schmerztherapie *postoperative Schmerztherapie*
4	VI20 - Intensivmedizin *Postoperative Intensivversorgung*
5	VI38 - Palliativmedizin
6	VX00 - („Sonstiges") *Schmerzfreie Abdominaloperationen durch Kombination von Intubationsnarkose und thorakaler Periduralanästhesie*
7	VX00 - („Sonstiges") *hausinternes Notfallmanagement*
8	VX00 - („Sonstiges") *Patientenkontrollierte Epiduralanästhesie (PCEA)*

B-[3790].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3790].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3790].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3790].11 Personelle Ausstattung

B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		10,06	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,06	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,01	**Stationär**	9,05

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,06	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	9,06	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,91	**Stationär**	8,15

B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3790].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3790].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Gesamt		10,57	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	10,57

B-[3790].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ01 - Bachelor

B-[3790].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik

#	Zusatzqualifikation
2	ZP19 - Sturzmanagement *z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse*
3	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
4	ZP14 - Schmerzmanagement *z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse*
5	ZP22 - Atmungstherapie
6	ZP18 - Dekubitusmanagement
7	ZP20 - Palliative Care

B-[3751] Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Diagnostische Radiologie Qualifikation in interventioneller Radiologie der DEGIR-Stufe II (Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie) Module A, B, C
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Björn Loewenhardt
Telefon	0661 15 9501
Fax	0661 15 5377
E-Mail	b.loewenhardt@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

B-[3751].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden	

Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
2	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
3	VR41 - Interventionelle Radiologie *Diagnostik u. Behandlung b. Durchblutungsstörungen v. a. des Beckens u. d. Beine durch Aufdehnung und/oder Stentversorgung mit Kontrastmitteln oder Kohlendioxidgas=>sog. Co2-Angiographie. Durchblutungsstörungen d. Beine: Denervierung von Nervengeflechten d. Lendenwirbelsäule =>lumbale Sympathikolyse*
4	VR00 - („Sonstiges“) *Schmerzbehandlung der Wirbelsäule (Stabilisierung von Wirbelkörperbrüchen durch Knochenzement =>Vertebroplastie, Facettengelenksblockade, Facettengelenksdenervierung, PRT = periradikuläre Therapie).*
5	VR00 - („Sonstiges“) *Selektive Embolisation von Tumoren v. a. der Leber durch Chemotherapeutika und/oder Partikel. Lokale Hitzebehandlung von Tumoren v. a. der Leber-Lunge-Nieren.*
6	VR00 - („Sonstiges“) *Anlage v. Ernährungssonden zum Magen (PG-Sonde) oder zur Entlastung des Darms b. Passagebehinderung. Anlage dauerhafter Ableitungssonden in den Brustkorb o. Bauchraum bei tumorbedingter Flüssigkeitsproduktion (sog. PleurX-katheter), Wiedereröffnung und Stentversorgung tumorbedingter Gefäßverschlüsse*
7	VR00 - („Sonstiges“) *Implantation von venösen Portsystemen zur Tumorbehandlung. Behandlung von Fehlfunktionen von Portsystemen (Fehllage, Verstopfung und Thrombus => Lysebehandlung.*
8	VR00 - („Sonstiges“) *Partikelembolisation von symptomatischen Myomen (gutartigen Tumoren) der Gebärmutter*

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VA00 - („Sonstiges") *Gewebsdiagnostik: Bildgestützte Biopsien von Organen zwecks Gewebsgewinnung zur histologischen Begutachtung*
10	VR00 - („Sonstiges") *Anlage von Gallenwegsdrainagen und ggf. Stentversorgung oder Steinentfernung bei Verschluss der Gallenwege*
11	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
12	VR16 - Phlebographie *und Galaktographien*
13	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
14	VR44 - Teleradiologie
15	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
16	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
17	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
18	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
19	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
20	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
21	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
22	VR10 - Computertomographie (CT), nativ *Computertomographische Untersuchungen*
23	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ *Leistungsangebot wird in Zusammenarbeit mit der Radiologisch- Nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis im Zentrum Vital erbracht*
24	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *Leistungsangebot wird in Zusammenarbeit mit der Radiologisch- Nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis im Zentrum Vital erbracht*
25	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
26	VN23 - Schmerztherapie
27	VR15 - Arteriographie

#	Medizinische Leistungsangebote
28	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *in Zusammenarbeit mit der Radiologie und Nuklearmedizin im Zentrum Vital in Fulda*
29	VR47 - Tumorembolisation

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3751].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VR00 - („Sonstiges")
2	AM07	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	AM07	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	AM07	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
5	AM07	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
6	AM07	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
7	AM07	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
8	AM07	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
9	AM08	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
10	AM07	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
11	AM07	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
12	AM07	VR40 - Spezialsprechstunde

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	41
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	14
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	6
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	55
2	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	6
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	< 4

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

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

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,88	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,88	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,29	**Stationär**	2,59

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,88	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,88	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,29	**Stationär**	2,59

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	260
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	260
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	940
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	940
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur	
Fallzahl	57
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	57
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	177
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	177
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	231
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	231
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	294
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	294
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	273
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	273
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	24
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	24
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	155
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	155
KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	143
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	143
KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	12
NEO - Neonatologie	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	313
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	312

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	**2005**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,78 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	312
Beobachtete Ereignisse	312

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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,78 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	311
Beobachtete Ereignisse	311

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch

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

	können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,05 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	193

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

Ergebnis-ID	**232001_2006**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,04 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	192

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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG	üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	97,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,05 - 98,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	187

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**232003_2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch 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	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	97,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,08 - 98,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	188

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
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	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	95,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,83 - 97,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	188
Beobachtete Ereignisse	180

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	98,23

Vertrauensbereich Krankenhaus	93,78 - 99,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	111

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	99,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,81 - 99,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	255
Beobachtete Ereignisse	254
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	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,55 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	153

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

Ergebnis-ID	**2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	99,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,80 - 99,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	253

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

Ergebnis-ID	**232006_2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse

	bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	99,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,39 - 99,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	152

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	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	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	1,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,88 - 1,78

Fallzahl

Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	20,57

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,54 - 0,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	311
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	51,59

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
	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,

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 0,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	31,02

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	13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,36 - 19,01

Fallzahl

Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	26

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	12,50

Vertrauensbereich Krankenhaus	9,28 - 16,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	312
Beobachtete Ereignisse	39

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
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	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,78 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	312
Beobachtete Ereignisse	312

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
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	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,05 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	193

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	0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 0,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	11020
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	53,49

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	0,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 0,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	11020
Beobachtete Ereignisse	11

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	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	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

25. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) 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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	11020
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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	11020
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

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

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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	1,39

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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die

	für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	37
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	61

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

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	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Rechnerisches Ergebnis	90,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,02 - 95,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	46

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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
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	R10
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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	95,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,99 - 97,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	184

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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Rechnerisches Ergebnis	95,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,76 - 99,26

Fallzahl

Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	23

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
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	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	11,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,96 - 19,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	9

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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	98,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,09 - 99,54
Fallzahl	
Grundgesamtheit	221
Beobachtete Ereignisse	218
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	0,22

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 0,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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 zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54016**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
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 - 15,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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	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	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 1,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,10

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,08

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 0,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	255
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	16,25

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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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 - 2,28

Fallzahl

Grundgesamtheit	165
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
	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/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 2,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,49

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	0,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 1,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	284
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,89

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	21,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,47 - 33,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	12
Kommentar Krankenhaus	Im Rahmen eines Kollegialen Gespräches am 18.10.2022 konnten beeinflussbare Faktoren zur Verkürzung der präoperativen Verweildauer besprochen werden. Maßnahmen der Stufe 1 wurden abgeleitet.
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
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	98,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,06 - 99,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	52

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	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	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 0,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	12,18

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, Implantatfehllagen 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 - 6,31

Fallzahl

Grundgesamtheit	57
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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 1,30

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 3,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,29

58. 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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	94,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,26 - 97,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	111

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. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54021**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	96
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,46 - 99,29

Fallzahl

Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	24

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

Ergebnis-ID	**54022**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

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

61. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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	1,02
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

62. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**50481**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54124**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

Fachlicher Hinweis IQTIG	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	143
Beobachtete Ereignisse	0

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

64. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**54125**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

Fachlicher Hinweis IQTIG	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 4,60
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

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

Ergebnis-ID	**54127**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle und wurde als qualitativ unauffällig eingestuft.

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. 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	99,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,21 - 99,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	154
Beobachtete Ereignisse	153
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

68. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt	
Ergebnis-ID	**51846**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG	guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,21
Vertrauensbereich bundesweit	98,11 - 98,30
Rechnerisches Ergebnis	96,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,36 - 98,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	126

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

69. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	**212000**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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	95,04
Vertrauensbereich bundesweit	94,52 - 95,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk

Ergebnis-ID	**212001**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG	üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	85,86
Vertrauensbereich bundesweit	85,40 - 86,30
Rechnerisches Ergebnis	96,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,30 - 99,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	62

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	**52330**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG	Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,39
Vertrauensbereich bundesweit	99,26 - 99,50
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,37 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	102

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

72. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	**52279**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%

Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	**2163**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und

	die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,13
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
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

74. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	**50719**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den

	Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,35
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,87
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Ergebnis-ID	**51847**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der

	Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,99
Vertrauensbereich bundesweit	96,79 - 97,18
Rechnerisches Ergebnis	96,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,27 - 99,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	56

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

76. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	**51370**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	1,92
Vertrauensbereich bundesweit	1,80 - 2,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,69 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Ergebnis-ID	**60659**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%

Bundesergebnis	10,66
Vertrauensbereich bundesweit	10,41 - 10,91
Rechnerisches Ergebnis	9,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,33 - 16,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	11

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	**211800**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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	99,48

Vertrauensbereich bundesweit	99,42 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,65 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	111

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,82 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
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**
	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten

Leistungsbereich	Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
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	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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56006**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG	entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 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

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)

Ergebnis-ID	**56007**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG	entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

	Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 37,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 37,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 - 94,52
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 Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,31

Vertrauensbereich bundesweit	95,23 - 95,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	**330**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen

	Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,80
Vertrauensbereich bundesweit	96,35 - 97,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	**50045**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten

	Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,01
Vertrauensbereich bundesweit	98,97 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	98,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,01 - 99,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	214

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

94. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

Fachlicher Hinweis IQTIG	verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 0,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	924
Beobachtete Ereignisse	214
Erwartete Ereignisse	254,84

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,26 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182000_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,94
Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	15,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,78 - 20,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	276
Beobachtete Ereignisse	43

96. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182001_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	45,90
Vertrauensbereich bundesweit	45,59 - 46,21
Rechnerisches Ergebnis	37,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	30,26 - 46,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	137
Beobachtete Ereignisse	52

97. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182002_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	3,88
Vertrauensbereich bundesweit	3,79 - 3,97
Rechnerisches Ergebnis	5,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,14 - 8,30
Fallzahl	
Grundgesamtheit	292
Beobachtete Ereignisse	15

98. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182003_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	21,45
Vertrauensbereich bundesweit	21,13 - 21,78
Rechnerisches Ergebnis	14,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,95 - 23,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	13

99. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182004_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	71,72
Vertrauensbereich bundesweit	71,44 - 71,99
Rechnerisches Ergebnis	56,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	47,07 - 65,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	61

100. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182005_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	93,01
Vertrauensbereich bundesweit	92,64 - 93,36

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,64 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16

101. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182006_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	86,60
Vertrauensbereich bundesweit	85,95 - 87,21
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,91 - 97,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	7

102. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	**182007_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,06 - 76,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

103. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182008_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

104. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182009_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	44,42
Vertrauensbereich bundesweit	43,91 - 44,93
Rechnerisches Ergebnis	53,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	29,14 - 76,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	7

105. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	**1058**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,32
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	27

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

106. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**321**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	904
Beobachtete Ereignisse	0

107. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51397**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen".
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	904
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,06

108. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51831**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,40 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
Ergebnis-ID	**318**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur

	Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,85
Vertrauensbereich bundesweit	96,61 - 97,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 1,08

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51808_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
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/ Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen

	durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	907
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18

112. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51813_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus

Fachlicher Hinweis IQTIG	folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	907
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,85

113. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51818_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

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/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 2,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

114. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen

37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	**51823_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
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/ Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der

	Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,78

Fallzahl

Grundgesamtheit	906
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,15

115. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	723
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,09

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181801_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	608
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,56

117. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen

Ergebnis-ID	**181802_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
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	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,54

118. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	**182010**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

119. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	**182011**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	2,95
Vertrauensbereich bundesweit	2,83 - 3,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

120. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	**182014**

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	9,20
Vertrauensbereich bundesweit	9,08 - 9,32
Rechnerisches Ergebnis	8,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,43 - 9,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	937
Beobachtete Ereignisse	75

121. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Ergebnis-ID	**51070**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung 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	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

122. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51832**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und

Fachlicher Hinweis IQTIG	ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Einheit	%
Bundesergebnis	3,67
Vertrauensbereich bundesweit	3,30 - 4,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

123. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51837**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

124. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51076**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".

Einheit	%
Bundesergebnis	2,97
Vertrauensbereich bundesweit	2,64 - 3,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

125. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50050**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Bundesergebnis	0,95

Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

126. Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)

Ergebnis-ID	**222200**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

127. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51838**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 2,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

128. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51843**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle

	in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

129. Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert

Ergebnis-ID	**222201**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

130. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51079**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,39 - 7,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

131. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50053**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

132. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51078**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der

	Frühgeborenenversorgung".
Einheit	%
Bundesergebnis	4,57
Vertrauensbereich bundesweit	4,00 - 5,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

133. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50052**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".

Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

134. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
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/. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortali-tät im

	Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,79 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

135. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51136_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
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	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

136. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51141_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,17

Vertrauensbereich Krankenhaus	-

137. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51146_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

138. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51156_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
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	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

139. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51161_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

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/. 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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

140. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50060**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,92 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

141. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

Fachlicher Hinweis IQTIG	verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

142. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222000_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

143. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222001_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

144. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222002_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,45
Vertrauensbereich bundesweit	1,33 - 1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

145. Wachstum des Kopfes

Ergebnis-ID	**52262**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
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	9,79
Vertrauensbereich bundesweit	9,28 - 10,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,49 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

146. Ein Hörtest wurde durchgeführt

Ergebnis-ID	**50063**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	98,08 - 98,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

147. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50069**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

148. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50074**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 49,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,13 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	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 Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ([Baden-Württemberg, Hessen])	Ja

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

#	DMP
1	Brustkrebs *Das Herz-Jesu-Krankenhaus ist in Rahmen einer Kooperationsvereinbarung an das Onkologische Zentrum Osthessen angebunden*

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

medizinische Ergebnisqualität	
Leistungsbereich	Gallenblasenentfernung
Ergebnis	überdurchschnittlich gute Behandlungsqualität
Messzeitraum	2022
Quellenangabe	aok.de/krankenhausnavigator

medizinische Ergebnisqualität	
Leistungsbereich	Blinddarmentfernung
Ergebnis	überdurchschnittlich gute Behandlungsqualität
Messzeitraum	2022
Quellenangabe	aok.de/krankenhausnavigator

medizinische Ergebnisqualität	
Leistungsbereich	Blinddarmentfernung
Ergebnis	überdurchschnittlich gute Behandlungsqualität
Messzeitraum	2022
Quellenangabe	aok.de/krankenhausnavigator

medizinische Ergebnisqualität	
Leistungsbereich	Operation bei Verschluss eines Leistenbruchs
Ergebnis	überdurchschnittlich gute Behandlungsqualität
Messzeitraum	2022
Quellenangabe	aok.de/krankenhausnavigator

medizinische Ergebnisqualität	
Leistungsbereich	Hüftgelenkersatz/Osteosynthese bei hüftnaher Oberschenkelfraktur
Ergebnis	überdurchschnittlich gute Behandlungsqualität
Messzeitraum	2022
Quellenangabe	aok.de/krankenhausnavigator

Haltbarkeit von Endoprothesen	
Leistungsbereich	Orthopädie und Unfallchirurgie und Sportmedizin

Ergebnis	Jahresbericht 2022, des Endoprothesen Register Deutschland
Messzeitraum	2022
Quellenangabe	https://www.eprd.de
Teilnahme am Traumregister DGU - regionales Trauma Zentrum des Trauma Netzwerks Osthessen	
Leistungsbereich	Orthopädie und Unfallchirurgie und Sportmedizin
Ergebnis	erfolgreiche Übermittlung der anonymisierten Daten gemäß Vorgaben des Traumaregisters
Messzeitraum	2022

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	118

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	118
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	115
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	154
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	157

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	58
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	36
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	36

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatrie - Elisabeth - Nachtschicht	100 %
2	Geriatrie - Elisabeth - Tagschicht	100 %
3	Geriatrie - Katharina - Nachtschicht	100 %
4	Geriatrie - Katharina - Tagschicht	100 %
5	Geriatrie - Franziskus - Nachtschicht	100 %
6	Geriatrie - Franziskus - Tagschicht	100 %
7	Geriatrie - Marguerite - Nachtschicht	100 %
8	Geriatrie - Marguerite - Tagschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie - Rosalie - Nachtschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie - Rosalie - Tagschicht	100 %
11	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Bonifatius - Nachtschicht	100 %
12	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Bonifatius - Tagschicht	100 %
13	Innere Medizin - Louise - Nachtschicht	100 %
14	Innere Medizin - Louise - Tagschicht	100 %
15	Innere Medizin - Vinzenz - Nachtschicht	100 %
16	Innere Medizin - Vinzenz - Tagschicht	100 %
17	Innere Medizin - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 %
18	Innere Medizin - Aufnahmestation - Tagschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Bonifatius - Nachtschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Bonifatius - Tagschicht	100 %
3	Geriatrie - Elisabeth - Nachtschicht	84,93 %
4	Geriatrie - Elisabeth - Tagschicht	98,9 %
5	Geriatrie - Katharina - Nachtschicht	94,25 %
6	Geriatrie - Katharina - Tagschicht	100 %
7	Geriatrie - Marguerite - Nachtschicht	77,26 %
8	Geriatrie - Marguerite - Tagschicht	96,16 %
9	Geriatrie - Franziskus - Nachtschicht	80 %
10	Geriatrie - Franziskus - Tagschicht	92,33 %
11	Allgemeine Chirurgie - Rosalie - Nachtschicht	98,08 %
12	Allgemeine Chirurgie - Rosalie - Tagschicht	73,7 %
13	Innere Medizin - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 %
14	Innere Medizin - Aufnahmestation - Tagschicht	99,18 %
15	Innere Medizin - Louise - Nachtschicht	66,03 %
16	Innere Medizin - Louise - Tagschicht	99,45 %
17	Innere Medizin - Vinzenz - Nachtschicht	96,66 %
18	Innere Medizin - Vinzenz - Tagschicht	94,79 %

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

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

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