Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß §136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	15
	Einleitung	18
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	19
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	19
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	23
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	24
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	25
A-9	Anzahl der Betten	26
A-10	Gesamtfallzahlen	26
A-11	Personal des Krankenhauses	26
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	30
A-13	Besondere apparative Ausstattung	40
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	41
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	43
B-[0102]	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	43
B-[0102].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[0102].1.1	Fachabteilungsschlüssel	43
B-[0102].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	43
B-[0102].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	44
B-[0102].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44

B-[0102].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 44

B-[0102].6 Hauptdiagnosen nach ICD 44

B-[0102].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 45

B-[0102].6.2 Kompetenzdiagnosen 47

B-[0102].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 47

B-[0102].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 49

B-[0102].7.2 Kompetenzprozeduren 50

B-[0102].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 50

B-[0102].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 50

B-[0102].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 50

B-[0102].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 50

B-[0102].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 50

B-[0102].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 50

B-[0102].11 Personelle Ausstattung 51

B-[0102].11.1 Ärzte und Ärztinnen 51

B-[0102].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 51

B-[0102].11.1.2 Zusatzweiterbildung 51

B-[0102].11.2 Pflegepersonal 51

B-[0102].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 52

B-[0102].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 52

B-[0102].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 52

B-[1500] Allgemeine Chirurgie 53

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 53

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel 53

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 53

B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 53

B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 54

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 61

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD 62

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 63

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen 64

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 64

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 66

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren 68

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 68

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 68

B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 68

B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 68

B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 70

[1500].9.1

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 72

B-[1500].11 Personelle Ausstattung 72

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen 72

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 72

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung 73

B-[1500].11.2 Pflegepersonal 73

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 74

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 74

B-[1500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 74

B-[0100] Innere Medizin 75

B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 75

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel 75

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 75

B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 75

B-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 76

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 80

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD 80

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 81

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen 83

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 83

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 85

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren 86

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 86

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 86

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 86

B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 86

B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 87

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 87

B-[0100].11 Personelle Ausstattung 87

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen 87

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 88

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung 88

B-[0100].11.2 Pflegepersonal 88

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 89

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 89

B-[0100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 89

B-[3700] Anästhesie und Intensivmedizin 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 93

B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD 93

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 93

B-[3700].6.2 Kompetenzdiagnosen 93

B-[3700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 93

B-[3700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 93

B-[3700].7.2 Kompetenzprozeduren 93

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 93

B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 93

B-[3700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 93

B-[3700].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 94

B-[3700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 94

B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 94

B-[3700].11 Personelle Ausstattung 94

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen 94

B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 94
B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung 95
B-[3700].11.2 Pflegepersonal 95
B-[3700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 95
B-[3700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 95
B-[3700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 95
B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe 96
B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 96
B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel 96
B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 96
B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 96
B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 97
B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 97
B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD 97
B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 97
B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen 98
B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 98
B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 98
B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren 98
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 98

[2400].8

B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 98

B-[2400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 98

B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 98

B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 98

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 98

B-[2400].11 Personelle Ausstattung 98

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen 98

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 99

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung 99

B-[2400].11.2 Pflegepersonal 99

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 99

B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 99

B-[2400].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 99

B-[2300] Orthopädie 100

B-[2300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 100

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel 100

B-[2300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 100

B-[2300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 100

B-[2300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 101

B-[2300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 102
B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD 102
B-[2300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 102
B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen 102
B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 102
B-[2300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 103
B-[2300].7.2 Kompetenzprozeduren 103
B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 103
B-[2300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 103
B-[2300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 103
B-[2300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 103
B-[2300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 103
B-[2300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 103
B-[2300].11 Personelle Ausstattung 103
B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen 104
B-[2300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 104
B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung 104
B-[2300].11.2 Pflegepersonal 104
B-[2300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 104

B-[2300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 104

B-[2300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 104

B-[2600] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 105

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 105

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel 105

B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 105

B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 105

B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 106

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 106

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD 107

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 107

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen 108

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 108

B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 109

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren 110

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 110

B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 110

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 110

B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 110

B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 111
B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 111
B-[2600].11 Personelle Ausstattung 111
B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen 111
B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 112
B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung 112
B-[2600].11.2 Pflegepersonal 112
B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 112
B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 112
B-[2600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 112
B-[2700] Augenheilkunde 113
B-[2700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 113
B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel 113
B-[2700].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 113
B-[2700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 113
B-[2700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 114
B-[2700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 114
B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD 114
B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 114
B- Kompetenzdiagnosen 115

[2700].6.2

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 115

B-[2700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 115

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren 115

B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 115

B-[2700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 115

B-[2700].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 115

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

B-[2700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 116

B-[2700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 116

B-[2700].11 Personelle Ausstattung 116

B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen 116

B-[2700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 116

B-[2700].11.1.2 Zusatzweiterbildung 116

B-[2700].11.2 Pflegepersonal 116

B-[2700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 116

B-[2700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 117

B-[2700].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 117

C Qualitätssicherung 118

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 118

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	213
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	213
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	213
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	213
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	214
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	214
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	214
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	218
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	219

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,
aufgrund des demographischen Wandels und der hohen Technologisierung nimmt die Komplexität unseres Gesundheitssystems ständig zu. Die Krankenhäuser müssen ihre Leistungen ressourcenschonend und qualitativ hochwertig erbringen. Nur Krankenhäuser, die diesen Anforderungen gerecht werden, können langfristig im Gesundheitsmarkt bestehen. Als akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München stellt die Kreisklinik Wolfratshausen die medizinisch-pflegerische Grundversorgung der Städte Wolfratshausen und Geretsried sowie des gesamten nördlichen Landkreises Bad Tölz – Wolfratshausen sicher.

In guten Händen

Ihre Kreisklinik vor Ort: menschlich, kompetent, umfassend mit starken Partnern.
Rund um die Uhr sind wir für die Patienten da: Alle Klinikmitarbeiterinnen und /-mitarbeiter – 430 Mitarbeiter*innen (Stand: 31.12.2022) – sorgen sich direkt und indirekt um das Wohl der ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten und gewährleisten durch ihre Arbeit eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung. Für die Versorgung von jährlich etwa 5.500 stationären Patienten stehen 160 Betten zur Verfügung. In der zentralen Notaufnahme gewährleisten wir an 365 Tagen im Jahr eine fachärztlich geleitete, interdisziplinäre Nothilfe. Wir sind außerdem lokales Traumazentrum zur Versorgung von Schwerverletzten.
Unsere Patienten sind menschlich, medizinisch und pflegerisch bestens betreut.
Sie sind hier „in guten Händen".

Unsere Leistungsschwerpunkte in den Hauptabteilungen

Chirurgie:

Allgemein- und Visceralchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Proktologie, Venenchirurgie, Plastische Chirurgie, Kieferchirurgie, Interdisziplinäres Bauchzentrum Isar-Loisach (DIN ISO 9001), Hernienzentrum, Interdisziplinäres Tumorboard (Mitglied im Tumorzentrum München), zertifizierte Schockraumversorgung (Mitglied Traumanetzwerk München – Oberbayern – Süd) und minimal-invasive Chirurgie.

Innere Medizin:

Pneumologie, zertifiziertes Weaningzentrum, Akutgeriatrie, Schlaganfalleinheit mit telemedizinischer Anbindung an das Klinikum der LMU München, Kardiologie, Gastroenterologie, Palliativmedizin.

Anästhesie:

Sichere und schonenden Anästhesieverfahren in den Bereichen Abdominalchirurgie und Unfallchirurgie, Orthopädie, HNO, Gynäkologie, plastische Chirurgie, Augenheilkunde und Wirbelsäulenchirurgie – einschließlich Kindernarkosen.
Geburtserleichternde Anästhesieverfahren und Versorgung der Neugeborenen in Zusammenarbeit mit der Pädiatrie des Klinikums Starnberg im Bereich der Geburtshilfe.
Kooperationspartner der Abteilung Innere Medizin der Kreisklinik bei der Durchführung des

zertifizierten Weaningzentrums, stationäre Schmerztherapie, Notfallmedizin, Leitung der interdisziplinären Intensivstationen 1 und 2 und Leitung des hauseigenen Blutdepots.

Nebenabteilung (betrieben durch das Klinikum Starnberg):

Gynäkologie, Geburtshilfe

Belegabteilungen:

Augenheilkunde, HNO, Orthopädie.

Der Mensch im Mittelpunkt unseres Handelns:

Das Ziel aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen ist die schnellstmögliche Wiedereingliederung unserer Patientinnen und Patienten in ihr normales Leben. Im Jahr 2021 wurden daher zahlreiche Maßnahmen ergriffen und eingeleitet, um die Versorgung in diesen Bereichen weiter auszubauen und dem geforderten Qualitätsniveau anzupassen bzw. zu übertreffen. Vor allem im Bereich der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie dem Hygienemanagement hat die Kreisklinik viel investiert, um eine Versorgung auf qualitativ höchstem Niveau sicherzustellen. Zur Gewährleistung einer hohen Kundenzufriedenheit werden Kundenanregungen stimuliert und in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess implementiert.

Abteilung Innere Medizin

Als Internistische Abteilung einer Kreisklinik legen wir großen Wert darauf, den Patienten in seiner Gesamtheit anzunehmen und zu versorgen. Es werden alle akuten und chronisch auftretenden Krankheitsbilder der Inneren Medizin behandelt. In den Bereichen Pneumologie, Palliativmedizin und Gastroenterologie konnten wir Schwerpunkte bilden. Seit Mitte 2017 konnte unsere Akutgeriatrie, welche im Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen wurde, eröffnet werden. Plötzlich auftretende Gangunsicherheit, häufige Stürze, akute Verwirrtheitszustände oder eine plötzliche Zunahme von Hilfsbedürftigkeit sind bei betagten Menschen häufig ein Zeichen einer ernsthaften akuten internistischen oder neurologischen Erkrankung. Ihnen droht der Verlust ihrer bisherigen Autonomie und damit zunehmende Hilfs-/ und Pflegebedürftigkeit. In unserer Akutgeriatrie erfolgt die Behandlung von Anfang an nicht nur organspezifisch, sondern ganzheitlich, wobei die Wiederherstellung der Mobilität und Selbstständigkeit, der geistigen Funktionen und seelischen Ausgeglichenheit im Vordergrund steht.

Anfang 2016 eröffnete die Intensivstation II mit einer Kapazität von sechs Bettplätzen, in Kooperation mit der Anästhesiologischen Abteilung unseres Hauses, zur Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten von der Beatmungsmaschine (Weaning) mit dem Ziel ein zertifiziertes Weaningzentrum zu werden. Die Zertifizierung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) durchgeführt und attestierte im Q4/2019 der Kreisklinik Wolfratshausen mit dem erfolgreichen Erlangen des Qualitätssiegels der DGP die hohe Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Versorgung von Weaningpatienten. Inzwischen konnte die Kapazität auf acht Betten erweitert werden. Eine Rezertifizierung wurde in 2023 erfolgreich absolviert.

Parallel wurde in diesem Zuge der Bereich der außerklinischen Beatmung, um vorwiegend Kontrollen der nichtinvasiven Beatmung bei Patienten durchzuführen, etabliert.

In der Gastroenterologie sind wir über unser zertifiziertes Bauchzentrum mit der Chirurgischen Abteilung und kooperierenden Fachärzten eng vernetzt und behandeln unsere Patienten in einem großen interdisziplinären Team. Für die Behandlung von Herzinfarkten, Schlaganfällen und anderen schweren Erkrankungen kooperieren wir eng mit dem Universitätsklinikum Großhadern und anderen großen Kliniken in der Umgebung. Wegen ihres breiten Ausbildungsspektrums ist die Innere Abteilung berechtigt, junge Ärzte vollständig zum Facharzt für Innere Medizin auszubilden.

Chirurgische Abteilung

Im Bereich der Chirurgie konnten, mit Fokus auf die Behandlung orthopädischer Erkrankungen und die Wirbelsäulenchirurgie, Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten abgeschlossen werden. Es werden sämtliche Verletzungen und Brüche des Bewegungsapparates der oberen und unteren Extremitäten inklusive Becken-/ und Wirbelsäulenfrakturen sowie kindliche Brüchen und Verletzungen behandelt. An der Kreisklinik werden die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) voll umfassend umgesetzt, um ein optimales Behandlungsergebnis sicherzustellen. Die Klinik ist zertifiziertes Mitglied im Traumanetzwerk

München - Oberbayern Süd. . Die Schockraumversorgung und Leitung der ZNA erfolgt zertifiziert nach Vorgaben der DGU.
Durch die Zusammenarbeit mit Neurochirurgen werden auch minimal-invasive Operationen an der Wirbelsäule angeboten. Das operative Spektrum wird durch die Tätigkeit eines renommierten Mund-/ Kiefer-/ Gesichtschirurgen ergänzt. Ein wichtiger Schwerpunkt der Abteilung ist die Endoprothetik an Hüfte, Knie und Schulter. Eine Spezialsprechstunde für Schulter- und Kniegelenkserkrankungen, Knie- und Hüftendoprothetik sowie D13-Verfahren (Arbeitsunfälle) sind etabliert.

Interdisziplinäres Bauchzentrum

Seit dem Jahr 2016 ist die Kreisklinik mit dem interdisziplinären Bauchzentrum weiter spezialisiert. Die Patienten werden dort durch ein interdisziplinäres Team unter Führung von Herrn Chefarzt Dr. Schmidbauer, bestehend aus Viszeralchirurgen und Gastroenterologen der Kreisklinik Wolfratshausen sowie niedergelassenen Gastenterologen und in enger Kooperation mit Onkologen, Strahlentherapeuten und Psychologen, betreut. Ein Behandlungsschwerpunkt des Bauchzentrums ist die Vorsorge, Therapie und Nachsorge von Darmkrebserkrankungen. Für die Erreichung optimaler Ergebnisse ist eine enge zeitliche und personelle Zusammenarbeit in der Diagnostik, Behandlung und Nachbehandlung interdisziplinär und intersektoral unabdingbar. Das interdisziplinäre Tumorboard findet regelmäßig statt und wird von Chefarzt Dr. Schmidbauer geleitet. Zwei onkologische Praxen und Praxen für Strahlentherapie sind integriert. Die Klinik ist Mitglied im Tumorzentrum München und gewährleistet so eine Krebsbehandlung nach zeitgemäßem Standard. Die Abteilung ist Mitglied der Bayerischen Krebsgesellschaft und kooperiert mit verschiedenen Selbsthilfe-Gruppen. Zum anderen wird die Diagnostik und zeitgemäße Therapie aller entzündlichen, degenerativen und funktionellen Erkrankungen des Magen-Darmtraktes durchgeführt. So z. B. die Behandlung des Morbus Crohn, der Colitis ulcerosa und sonstige häufige entzündlichen Darmerkrankungen, wie die Divertikulitis mit ihren Komplikationen sowie Obstruktion und Verwachsungsbeschwerden der Eingeweide. Viele dieser Eingriffe, auch große resezierende Operationen, werden bevorzugt in minimal-invasiver, laparoskopischer Technik durchgeführt. Ergänzt wird dieses Spektrum durch Operationen bei Hernien der Bauchhöhle und des Zwerchfells. Im Rahmen einer Zertifizierung durch die Deutsche Herniengesellschaft wurden im Hernienzentrum Operateure entsprechend anerkannt und ausgezeichnet. Standardmäßig erfolgt die laparoskopische operative Korrektur bei Refluxerkrankung und Zwerchfellhernie. Die Abteilung ist Mitglied im "Kompetenzzentrum für Darmerkrankungen". Komplexe multiviszerale Eingriffe erfolgen am Hause zusammen mit kooperierenden Frauenärzten und Urologen.
Präoperativ ist ein weites Spektrum an Standard- und Spezialdiagnostik für unsere Patienten, z. B. die Analmanometrie und Endosonographie, möglich. Hierfür ist an der Klinik eine spezialisierte proktologische Sprechstunde etabliert. Zwei Kollegen der Abteilung werden vom Berufsverband der Coloproktologen als Spezialisten benannt. Ergänzt wird die operative Therapie durch perioperative Möglichkeiten der interventionellen Endoskopie, der pH-Metrie und der Kontrastmittel-Sonographie. Bereits im Jahr 2012 hat sich die Kreisklinik zur Teilnahme an einem externen Qualitätssicherungsverfahren des Westdeutschen Darmzentrums entschlossen, in dem kontinuierlich die medizinische Versorgungsqualität überprüft und im Rahmen eines Benchmarks mit anderen Kliniken Verbesserungspotentiale aufgedeckt werden können. Für die Chirurgie der Schilddrüse und der Sigmadivertikulitis werden externe Register (StuDoQ) zur Überwachung der Qualitätsindikatoren bedient. Die Chirurgie von Schilddrüse und Nebenschilddrüse wird leitliniengerecht mit moderner chirurgischer Ausstattung angeboten. Eine phlebotische Sprechstunde wird angeboten und Varizen-Eingriffe werden durchgeführt.
Die im April 2022 erfolgreich durchgeführte Rezertifizierung des Bauchzentrums nach DIN ISO 9001 ist ein zusätzlicher Ansporn, die Kundenzufriedenheit, Prozessqualität und medizinische Versorgung kontinuierlich zu verbessern und transparent zu gestalten und belegt den hohen Standard des Qualitätsmanagements. Die Zertifizierung wird in jährlichen Kontroll-Audits auf Wirksamkeit und Einhaltung der Zertifizierungskriterien überprüft, zuletzt 2022. Die chirurgische Abteilung ist Mitglied im „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ und in der „Akademie für Ethik in der Medizin“.
Die Klinik bietet zur Beratung schwieriger Therapieentscheidungen, z. B. am Lebensende, ein

qualifiziertes (AEM) interprofessionelles Klinisches Ethikkomitee unter der Leitung von Chefarzt Dr. Schmidbauer an.
Um den besonderen Bedürfnissen von Patienten mit Demenzerkrankungen gerecht zu werden, wird in der chirurgischen Abteilung im Rahmen eines Projekts die Ausstattungs- und Betreuungsqualität fortlaufend optimiert und Mitarbeiter geschult. Ein ehrenamtlicher Betreuungsdienst wurde geschaffen.

Anästhesiologische Abteilung

Im Jahr 2015 wurden die Räumlichkeiten des neuen Aufwachraums eingeweiht und offiziell in Betrieb genommen. Durch die Steigerung der vier Bettplätze auf acht Versorgungseinheiten, ermöglicht die anästhesiologische Abteilung einen angenehmen Aufenthalt nach der Narkose. Lokale Anästhesieverfahren werden durch modernste Apparaturen unterstützt. Nicht zuletzt durch ein speziell angeschafftes Sonographiegerät, zur exakten Platzierung von Schmerzkathetern. Durch das individuell adaptierte Schmerzmanagement wird der Patient bei seinem Genesungsprozess unterstützt. Die vollständig renovierte Intensivstation 1 wurde Anfang 2016 mit einer Kapazität von zehn Bettplätzen in Betrieb genommen. Für die Behandlung der Patienten kommen modernste medizinische Apparaturen, wie z. B. Beatmungsgeräte oder Gerätschaften für die Akutdialyse zum Einsatz. Für die Betreuung unserer Patienten steht rund um die Uhr Fachpersonal im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich zur Verfügung.

Gynäkologische und Geburtshilfe Abteilung

Bis zum 30. Juni 2018 hielt die Kreisklinik die Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe mit einem überaus kompetenten und freundlichen Team von Belegärzten und Hebammen vor. Um den weiter steigenden Qualitätsanforderungen gerecht zu bleiben wird die Belegabteilung seit dem 1. Juli 2018 als Hauptabteilung vom Klinikum Starnberg in Kooperation mit der Kreisklinik Wolfratshausen weitergeführt. Mit bekannter Expertise und gewohnt freundlichem Personal wurde hier der familiäre Rahmen für werdende Eltern und deren Nachwuchs ausgebaut.

Komfortmerkmale

Neben guter medizinischer und pflegerischer Betreuung legen wir großen Wert auf eine angenehme, wohnliche Atmosphäre in der Kreisklinik. Alle Krankenzimmer sind hell und großzügig geschnitten und verfügen über ein eigenes barrierefreies Badezimmer mit Dusche und WC. Unseren Wahlleistungspatienten können wir zusätzlich kostenloses WLAN bereitstellen, Komfortbetten, kostenfreie Tageszeitungen und zahlreiche weitere Leistungen anbieten.
In unserem Eingangsbereich befindet sich ein gemütliches Café. Dort können Sie sowie Ihr Besuch ein Stück Kuchen essen oder Getränke zu sich nehmen. Neben dem Café befindet sich ein Kiosk, in dem Sie sich mit Kleinigkeiten des täglichen Bedarfs versorgen können.
Auf unserer Website können Sie sich mit allen Leistungsangeboten und Aspekten unserer Klinik vertraut machen.
Bezüglich Anregungen und Kritik freuen wir uns auf Ihre Rückmeldungen.
Wolfratshausen, im Oktober 2022

Einleitung

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

Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Ingo Kühn
Telefon	08171 75 111
Fax	08171 75 206
E-Mail	ikuehn@kreisklinik-wolfratshausen.de
Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Personalleitung, Leitung Verwaltung, Leitung Qualitätsmanagement, Meinungs- und Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name	Thomas Reichart
Telefon	08171 75 111
Fax	08171 75 206
E-Mail	treichart@kreisklinik-wolfratshausen.de

Links

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Kreisklinik Wolfratshausen gGmbH
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen
Straße	Moosbauerweg
Hausnummer	5
IK-Nummer	260910911
Standort-Nummer	771575000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	08171
Telefon	750
E-Mail	info@kreisklinik-wolfratshausen.de
Krankenhaus-URL	https://www.kreisklinik-wolfratshausen.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Ingo Kühn
Telefon	08171 75 111
Fax	08171 75 206
E-Mail	ikuehn@kreisklinik-wolfratshausen.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Personalleitung / Leitung allg. Verwaltung
Titel, Vorname, Name	Thomas Reichart
Telefon	08171 75 111
Fax	08171 75 206
E-Mail	treichart@kreisklinik-wolfratshausen.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Chirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stefan Schmidbauer
Telefon	08171 75 295
Fax	08171 75 310
E-Mail	sschmidbauer@kreisklinik-wolfratshausen.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Landkreis Bad Tölz - Wolfratshausen
Träger-Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Ludwig-Maximilians-Universität München

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
2	*Prophylaxe von Lungenentzündung, Sekretlösung und Stabilisierung/Aufbau eines stabilen Bronchialsystems, beispielsweise bei Chronischer Bronchitis oder Asthma. Auch Übungen und Therapien zur Kräftigung der Lunge und Verbesserung der Lungenkapazität werden durchgeführt.*
3	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
	MP06 - Basale Stimulation
4	*Dient der Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche und der Anregung von Körper- und Bewegungserfahrungen. Anwendung findet sie beispielsweise nach einem Schlaganfall im Rahmen des Bobath-Konzepts.*
5	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden *Sterbende werden im Sinne der palliativen Medizin und Pflege versorgt. Auf allen Stationen steht Angehörigen ein Verabschiedungszimmer zur Verfügung, um ungestört von ihren Familienmitgliedern Abschied nehmen zu können. In die Abteilung Innere Medizin integriert befindet sich eine Palliativeinheit.*
	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
6	*Dient der Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers. Die Bewegungstherapie umfasst aktive, passive und assistive (Bewegung mit Unterstützung des Physiotherapeuten) Übungen.*
7	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) *Im Rahmen der Therapie wird beispielsweise nach einem Schlaganfall die Übernahme der Aufgaben erkrankter Bereiche durch gesunde Bereiche des Gehirns unterstützt und gefördert.*
8	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
9	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege *In Zusammenarbeit mit den Ärzten/innen koordiniert der Sozialdienst die Entlassung pflege- und hilfsbedürftiger Patienten/innen. In persönlichen Gesprächen werden die individuellen Erfordernisse ermittelt, um für einen nahtlosen Übergang in die nachstationäre Lebensphase zu sorgen.*
10	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
11	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege *Die Pflegenden der Kreisklinik Wolfratshausen arbeiten nach dem Konzept der Bereichspflege.*
	MP18 - Fußreflexzonenmassage
12	*Wird bei physiotherapeutischen Maßnahmen sowie bei der Schmerztherapie und Durchblutungsstörungen als unterstützende Methode angewendet.*
13	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik *Diese Kurse werden durch die an unserer Klinik tätigen Hebammen angeboten und durchgeführt.*
14	MP21 - Kinästhetik
15	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung *Die Beratung erfolgt bei Bedarf durch die Konsiliarärztin Dr. Sandra Kurbin der Urologischen Praxis am Hause.*
	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
16	*Durch verschiedene Massage- und Grifftechniken wird das Lymphsystem aktiviert und Flüssigkeit in der Haut/ Unterhaut verschoben. U. a. können somit Schwellungen, beispielsweise nach OPs, schneller abklingen.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
17	MP25 - Massage *Angeboten werden u. a. die klassische Massagetherapie und die Bindegewebsmassage.*
18	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
19	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst *Die Behandlung erfolgt durch den Konsiliararzt Dr. med. Markus Riedel (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) und Kerstin Schenk (Diplompsychologin). Die Diplom-Psychologin Frau Erber betreut bei Bedarf onkologisch erkrankte Patienten/innen.*
20	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik *Dient der Stärkung relevanter Muskelgruppen und somit der Entlastung der Wirbelsäule.*
21	MP36 - Säuglingspflegekurse *Säuglingspflegekurse werden regelmäßig von einer erfahrenen Pflegekraft der Kreisklinik angeboten.*
22	MP37 - Schmerztherapie/-management *Die Ärzte/innen der Abteilung für Anästhesie- und Intensivmedizin versorgen die Patienten im Rahmen des Schmerzmanagements.*
23	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen *U. a. Beratung zur Sturzprophylaxe.*
24	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
25	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *Postoperative Überwachung im Ruheraum nach ambulanten Eingriffen.*
26	MP43 - Stillberatung *Stillberatung wird durch die Hebammen und die Mitarbeiterinnen der Neugeborenenstation angeboten.*
27	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie *Logopädische Behandlung erfolgt durch die Konsiliarpraxis von Frau Renate Henkel-Morell und Frau Eva-Maria Kopp.*
28	MP45 - Stomatherapie/-beratung
29	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik *Für die Versorgung mit Hilfsmitteln stehen uns externe Partner zur Seite.*
30	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen *Die Mitarbeiter der Physikalischen Therapie arbeiten mit Heißluft, heißer Rolle, Fango, Hot Pack, Kaltluft, Kältepackungen und Eis. Einsatzgebiete sind rheumatische Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates.*
31	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
32	MP51 - Wundmanagement *Die Pflegekräfte der Kreisklinik Wolfratshausen arbeiten nach wissenschaftlich anerkannten Standards. Zur Unterstützung wurden drei Pflegekräfte und ein Chirurg zu Wundexpertinnen ausgebildet.*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
33	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen *Es bestehen gute Kooperationen zu zahlreichen Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung.*
34	MP53 - Aromapflege/-therapie *Behandlung von Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen mit ätherischen Ölen, wird vorwiegend in der Bäderabteilung eingesetzt.*
35	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik *Standardmäßig wird bei allen Neugeborenen eine Audiometrie durchgeführt.*
36	MP63 - Sozialdienst
37	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit *Kreißsaalführungen, Informationsabend für werdende Eltern*
38	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
39	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege *Die Kreisklinik Wolfratshausen arbeitet mit folgenden Selbsthilfegruppen (SHG) im Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen und darüber hinaus zusammen: Fachambulanz für Suchtkranke (Caritas); Hospizverein; SHG Krebsnachsorge; Zöliakie SHG München und Südbayern; Rehabilitationssportgemeinschaft WOR.*
40	MP69 - Eigenblutspende
41	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Die Kreisklinik verfügt über 17 Einbettzimmer. Alle Einbettzimmer sind mit einer Nasszelle ausgestattet.*
2	NM05: Mutter-Kind-Zimmer
3	NM07: Rooming-in *Für Mütter besteht die Möglichkeit, die Neugeborenen ganztägig mit Unterstützung des Pflegepersonals zu betreuen.*
4	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Die Unterbringung von Begleitpersonen ist generell möglich.*
5	NM10: Zwei-Bett-Zimmer *Eines der Zweibettzimmer der wurde demenz-sensibel ausgestattet.*
6	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Die Kreisklinik verfügt über 17 Zweibettzimmer. Alle Zweibettzimmer sind mit einer Nasszelle ausgestattet.*
7	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

#	Leistungsangebot
8	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung *Die Krankenhausseelsorge findet in Kooperation mit einem evangelischen und katholischen Seelsorger statt.*
9	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen *Für Patienten und Patientinnen werden diverse Informationsveranstaltungen angeboten. Aktuelle Veranstaltungen können auf der Homepage der Kreisklinik eingesehen werden.*
10	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen *Es bestehen gute Kooperationen zu zahlreichen Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung.*
11	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
12	NM68: Abschiedsraum *Auf den bettenführenden Stationen stehen jeweils ein Verabschiedungszimmer zur Verfügung.*
13	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) *WLAN, TV*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	SBV
Titel, Vorname, Name	Frau Christine Schramm
Telefon	08171 75 789
Fax	08171 75 471
E-Mail	cschramm@kreisklinik-wolfratshausen.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift *Brailleschrift in den Aufzügen*
2	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
3	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
4	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
5	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen *Notaufnahme und auf den Stationen.*

#	Aspekte der Barrierefreiheit
6	BF11 - Besondere personelle Unterstützung *Es stehen für unsere Patienten im Bedarfsfall sowohl spezielle Servicekräfte als auch Begleitpersonen sowie eine psychologische Betreuung zur Verfügung.*
7	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
8	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung *Es wurde ein spezielles Demenzzimmer geschaffen. Die Einrichtung wurde entsprechend angepasst.*
9	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung *Im Rahmen des Projekts Demenz werden Ärzte und Pflegekräft geschult. Ein spez. Demenzzimmer wurde eingerichtet. Betreuung zusätzlich durch Ehrenamtliche.*
10	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
11	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
12	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
13	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
15	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
16	BF23 - Allergenarme Zimmer
17	BF24 - Diätetische Angebote
18	BF25 - Dolmetscherdienst
19	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
20	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung *Es steht eine Kapelle für die Patienten zur Verfügung.*
21	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
22	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
23	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
24	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) *Chefarzt Dr. Stefan Schmidbauer (Chirurgische Abteilung) ist Prüfer für das 3. Staatsexamen an der LMU München und Mentor für die PJ-Ausbildung.*
2	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
3	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin *Wir sind Kooperationspartner der Krankenpflegeschule der Asklepios-Stadtklinik Bad Tölz. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Fachweiterbildung zur Intensiv- und Anästhesiepflegefachkraft in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialberufe der RoMed Kliniken.*
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) *In Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialberufe der RoMed Kliniken.*
3	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin *In Kooperation mit der Berufsfachschule für Pflege und Altenpflegehilfe Penzberg*
4	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner *In Kooperation mit der Berufsfachschule für Pflege und Altenpflegehilfe Penzberg*

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	160

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	5544
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	11582
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				51,51
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	51,51	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	51,51

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				36,15
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	36,15	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	36,15

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt				5

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5

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

Gesamt				105,25
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	105,25	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	105,25
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				59,03
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	59,03	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	59,03

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

Gesamt				1,42
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,42	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,42
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,7
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,7	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,7

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,63
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,63	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	8,63
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2,7
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,7	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,7

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				8,08
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,08	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	8,08
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,12
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,12	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,12

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

Gesamt				7,02
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,02	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	7,02
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				7,02
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,02	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	7,02

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,9
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	8,9
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				8,9
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	8,9

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

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

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

Gesamt				1,01
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,01	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,01

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				3,81
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,81	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,81

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,32
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,32	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	2,32

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

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

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				0,78
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,78	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,78

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

Gesamt				3,51
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,51	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,51

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Personalleiter, Qualitätsmanagementbeauftragter, Meinungs- und Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name	Thomas Reichart
Telefon	08171 75 111
Fax	08171 75 206
E-Mail	treichart@kreisklinik-wolfratshausen.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	Geschäftsführung, QMB
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Ingo Kühn
Telefon	08171 75 111
Fax	08171 75 206
E-Mail	ikuehn@kreisklinik-wolfratshausen.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	Verwaltung, ärztlicher Dienst, Pflegedienst
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

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:** Risikomanagementhandbuch **Letzte Aktualisierung:** 01.10.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM04: Klinisches Notfallmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 04 Alarm- und Einsatzplan **Letzte Aktualisierung:** 01.01.2023
4	RM05: Schmerzmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 63 Leitlinie zur Schmerztherapie **Letzte Aktualisierung:** 01.02.2022
5	RM06: Sturzprophylaxe **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 10.09 Sturzprophylaxe **Letzte Aktualisierung:** 01.02.2023
6	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 10.01 Dekubitusprophylaxe **Letzte Aktualisierung:** 01.02.2023
7	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 10.10 Freiheitsentziehende Maßnahmen **Letzte Aktualisierung:** 01.04.2023
8	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 10 Einsatz von Medizinprodukten **Letzte Aktualisierung:** 01.02.2023
9	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
12	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Nr. 45 - Maßnahmen zur Patientensicherheit im Operationssaal **Letzte Aktualisierung:** 01.12.2022
13	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 45 Maßnahmen zur Patientensicherheit im OP **Letzte Aktualisierung:** 01.12.2022
14	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** 45b Anlage S2 - Sicherheits-Checkliste Chirurgie **Letzte Aktualisierung:** 01.12.2022
15	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagementhandbuch **Letzte Aktualisierung:** 01.10.2022
16	RM18: Entlassungsmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagementhandbuch **Letzte Aktualisierung:** 01.10.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☑ Tumorkonferenzen
- ☑ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☑ Pathologiebesprechungen
- ☑ Palliativbesprechungen
- ☑ Qualitätszirkel
- ☑ Andere: Weaningkonferenzen

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	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor **Letzte Aktualisierung:** 01.03.2022
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem **Frequenz:** jährlich
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen **Frequenz:** quartalsweise

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Optimierung des internen Alarmierungssystem, Durchführung von speziellen MegaCode-Trainings, Änderung von Verfahrens- und Dienstanweisungen

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	0

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	3

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Chirurgische Abteilung, Leitung Bauchzentrum Isar-Loisach, Bereichsleiter Allgemein und Viszeralchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie, Notfallmedizin, Hygienebeauftragter Arzt, ABS-Beauftragter Arzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stefan Schmidbauer
Telefon	08171 75 295
Fax	08171 75 310
E-Mail	sschmidbauer@kreisklinik-wolfratshausen.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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	17,31

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	83,52

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
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	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten **Frequenz:** jährlich
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen **Frequenz:** quartalsweise

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragter, Meinungs- und Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Reichart
Telefon	08171 75 111
Fax	08171 75 206
E-Mail	treichart@kreisklinik-wolfratshausen.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Eva-Maria Hillebrand
Telefon	08171 75 293
E-Mail	emhillebrand@kreisklinik-wolfratshausen.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Abteilung
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Trautnitz
Telefon	08171 75 221
Fax	08171 75 276
E-Mail	mtrautnitz@kreisklinik-wolfratshausen.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	4
Erläuterungen	Angegliedert an die Klosterapotheke Tegernsee

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	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagementhandbuch **Letzte Aktualisierung:** 01.10.2022
3	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
4	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
5	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
7	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
8	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
9	AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagementhandbuch **Letzte Aktualisierung:** 01.10.2022

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

☑ Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
☑ Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
☑ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

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	Seelsorge mit Kriseninterventionskenntnissen

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja *Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen* *16 Zeilen Computertomograph, Angiographie möglich, hochauflösende Röntgenschichtbilddiagnostik.*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
2	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja *Hirnstrommessung* *Ableitung der Hirnstromkurve, für alle Patienten einsetzbar.*
3	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich *Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung* *Konsiliarisch: Praxis für Innere Medizin und Gastroenterologie, Dr. Klüppelberg-Basting und Prof. Dr. Schirren*
4	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein *Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder* *Kooperation Praxis Dr. Brandl*
6	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja *Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)* *Hämodiafiltration/Hämofiltration*
7	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*
8	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich *Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse* *Konsiliarisch: Radiologisches Zentrum Wolfratshausen, Dr. Höffler*
9	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja *Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck* *Nicht-invasive Unterstützung der Atemfunktion ohne Tubus ("Beatmungsschlauch")*

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen

erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

☑ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand	Zuordnung zu einer der Stufen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 S. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	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-[0102] Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-[0102].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-[0102].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0102 - Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-[0102].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Abteilung, Internist, Kardiologe, Pneumologe
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Trautnitz
Telefon	08171 75 221
Fax	08171 75 276
E-Mail	mtrautnitz@kreisklinik-wolfratshausen.de
Strasse	Moosbauerweg
Hausnummer	5
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen
URL	https://www.kreisklinik-wolfratshausen.de/abteilungen.zentren/inneremedizin/akutgeriatrie.php

B-[0102].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[0102].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[0102].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	406
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0102].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	44
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	28
3	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	20
4	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	16
5	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	15
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	14
7	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	12
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	11
9	S32.5	Fraktur des Os pubis	10
10	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	9
11	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
12	E86	Volumenmangel	9
13	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	7
14	A46	Erysipel [Wundrose]	6
15	S32.1	Fraktur des Os sacrum	6
16	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	6
17	R55	Synkope und Kollaps	6
18	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	5
19	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	5
20	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	4
21	S70.0	Prellung der Hüfte	4
22	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	4
23	S06.0	Gehirnerschütterung	< 4
24	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4
25	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	< 4
26	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
27	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	< 4
28	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
29	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
30	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	< 4

B-[0102].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	81
2	I50	Herzinsuffizienz	59
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	27

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	20
5	I63	Hirninfarkt	18
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	15
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	12
8	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	9
9	E86	Volumenmangel	9
10	S06	Intrakranielle Verletzung	8
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	7
12	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7
13	R55	Synkope und Kollaps	6
14	A46	Erysipel [Wundrose]	6
15	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	6
16	S52	Fraktur des Unterarmes	5
17	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	5
18	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
19	A41	Sonstige Sepsis	4
20	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	4
21	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	4
22	N17	Akutes Nierenversagen	4
23	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
24	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
25	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	< 4
26	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
27	I26	Lungenembolie	< 4
28	M54	Rückenschmerzen	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
29	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	< 4
30	I11	Hypertensive Herzkrankheit	< 4

B-[0102].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0102].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	369
2	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	346
3	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	246
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	80
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	45
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	27
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	24
8	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	23
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	21
10	8-547.1	Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern	18
11	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	17
12	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	15
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	15

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	14
15	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	14
16	3-202	Native Computertomographie des Thorax	13
17	1-710	Ganzkörperplethysmographie	12
18	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	12
19	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	11
20	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	10
21	8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige	10
22	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	10
23	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	10
24	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	9
25	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	9
26	3-206	Native Computertomographie des Beckens	9
27	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	8
28	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	8
29	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	8
30	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8

B-[0102].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	369
2	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	347
3	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	277
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	80
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	45
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	27
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	24
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	21
9	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	21
10	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	19
11	8-547	Andere Immuntherapie	18
12	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	18
13	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	15
14	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	15
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	15
16	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	14
17	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	14
18	3-202	Native Computertomographie des Thorax	13
19	1-650	Diagnostische Koloskopie	13
20	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	12
21	1-710	Ganzkörperplethysmographie	12
22	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	10

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	10
24	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	9
25	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	9
26	9-984	Pflegebedürftigkeit	9
27	3-206	Native Computertomographie des Beckens	9
28	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	8
29	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
30	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	7

B-[0102].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0102].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[0102].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0102].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0102].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[0102].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0102].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0102].11 Personelle Ausstattung

B-[0102].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,07	Fälle je VK/Person	99,7543
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,07	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,07

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	270,666656
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,5	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,5

B-[0102].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ63 - Allgemeinmedizin

B-[0102].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie

B-[0102].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt	10,57	Fälle je VK/Person	38,4106

Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	10,57

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,94	Fälle je VK/Person	103,045677
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,94	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,94

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		4,6	Fälle je VK/Person	88,26087
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,6	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	4,6

B-[0102].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[0102].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[0102].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine 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	Chefarzt Chirurgische Abteilung, Leitung Bauchzentrum Isar-Loisach, Bereichsleiter Allgemein und Viszeralchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie, Notfallmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stefan Schmidbauer
Telefon	08171 75 295
Fax	08171 75 310
E-Mail	sschmidbauer@kreisklinik-wolfratshausen.de
Strasse	Moosbauerweg
Hausnummer	5
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen
URL	https://www.kreisklinik-wolfratshausen.de/abteilungen.zentren/chirurgie/index.php

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
2	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
3	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
4	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
5	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
6	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
7	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen *Versorgung von mehrfach verletzten Patienten*
8	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
9	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ *Konsiliarisch: Radiologie Isar-Loisachtal, Prof. Dr. B. Mayr, Dr. E. Mangel, Dr. F. Schenk, Dr. T. Brandl*
10	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
11	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
12	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *Konsiliarisch: Radiologie Isar-Loisachtal, Prof. Dr. B. Mayr, Dr. E. Mangel, Dr. F. Schenk, Dr. T. Brandl*
13	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken *Z.B. Rekonstruktion der Kreuzbänder nach Sportunfällen*

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *Konsiliarisch: Radiologie Isar-Loisachtal, Prof. Dr. B. Mayr, Dr. E. Mangel, Dr. F. Schenk, Dr. T. Brandl*
15	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren *Behandlung mit Vaccumtherapie und plastische Deckung der Wunde*
16	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
17	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
18	VR18 - Szintigraphie *Konsiliarisch: Radiologie Isar-Loisachtal, Prof. Dr. B. Mayr, Dr. E. Mangel, Dr. F. Schenk, Dr. T. Brandl*
19	VC00 - („Sonstiges“) *z. B. Hernien (Brüche) auch Netzverstärkt*
20	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
21	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
22	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
23	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen *Z.B. Gallenblasenentfernung mittels "Schlüssellochchirurgie"*
24	VC00 - („Sonstiges“) *Teil- oder Totalentfernung mit moderner Rekonstruktion*
25	VR15 - Arteriographie *Konsiliarisch: Radiologisches Zentrum Wolfratshausen, Dr. Höffler*
26	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
27	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven *Behandlung von Kompressionssyndromen, u.a. Karpaltunnelsyndrom und Sulcus Ulnaris Syndrom (Kubitaltunnelsyndrom)*
28	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
29	VR17 - Lymphographie *Konsiliarisch: Radiologisches Zentrum Wolfratshausen, Dr. Höffler*
30	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

#	Medizinische Leistungsangebote
31	VD20 - Wundheilungsstörungen
32	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
33	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
34	VR10 - Computertomographie (CT), nativ *Konsiliarisch: Radiologisches Zentrum Wolfratshausen, Dr. Höffler*
35	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
36	VG07 - Inkontinenzchirurgie *Z. B. laroskopische (Resektions-) Rektopexie*
37	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
38	VR02 - Native Sonographie
39	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
40	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
41	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
42	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
43	VZ02 - Ästhetische Zahnheilkunde *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
44	VR06 - Endosonographie *Rectum und Analkanal*
45	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
46	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel *Konsiliarisch: Radiologisches Zentrum Wolfratshausen, Dr. Höffler*
47	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
48	VC05 - Schrittmachereingriffe *In Kooperation mit dem Kardiologen der Klinik*
49	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
50	VC62 - Portimplantation

#	Medizinische Leistungsangebote
51	VO21 - Traumatologie
52	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie *Durchführung sämtlicher Eingriffe aus dem Bereich Magen-Darm-Chirurgie: Onkologische Eingriffe, Laparoskopische Eingriffe am Magen und Dickdarm, Eingriffe bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Metastasenchirurgie, Proktologische Eingriffe(Stapler, HAL, Fistelchirurgie, Rektopexie)*
53	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
54	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
55	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen *Z. B. laparoskopische Darmresektion*
56	VC24 - Tumorchirurgie *Kolorektale Karzinome (Dickdarm und Mastdarm), endokrine Tumore (hormonbildende Tumore), Mammakarzinom (Brustkrebs), Analkarzinom, Hauttumore, Lebermetastasen*
57	VC00 - („Sonstiges“) *verschiedene minimal- invasive Operationen bei Reflux*
58	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
59	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
60	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren) *Konsiliarisch: Radiologie Isar-Loisachtal, Prof. Dr. B. Mayr, Dr. E. Mangel, Dr. F. Schenk, Dr. T. Brandl*
61	VC00 - („Sonstiges“) *funktionserhaltende Resektionen*
62	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
63	VC00 - („Sonstiges“) *ugs. "Brüche"; behandelt werden Leistenhernien, Schenkelhernien, Nabelhernien, Narbenhernienn, Bauchwandhernien (offen und laparoskopisch).*
64	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *Krampfadern, "offenes" Bein (Ulcus cruris)*

#	Medizinische Leistungsangebote
65	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
66	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
67	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
68	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
69	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie *Alle funktionserhaltenden Eingriffe*
70	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
71	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
72	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
73	VC58 - Spezialsprechstunde
74	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
75	VC61 - Dialyseshuntchirurgie *Anlage eines Katheters oder eines "Gefäßkurzschlusses" für die "Blutwäsche" als Nierenersatztherapie*
76	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
77	VC30 - Septische Knochenchirurgie
78	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie *Z.B. Bandscheibenoperationen, Spinalkanalengstellen, Kyphoplastie (minimal invasives Verfahren zur Stabilisierung und Schmerzreduktion nach Wirbelbrüchen) u.a.*
79	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
80	VC63 - Amputationschirurgie
81	VZ09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
82	VC66 - Arthroskopische Operationen *Gelenkspiegelung (Knie, Schulter usw.)*

#	Medizinische Leistungsangebote
83	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
84	VC71 - Notfallmedizin
85	VZ18 - Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
86	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
87	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
88	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
89	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
90	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
91	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
92	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
93	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien *Spondylopathien sind degenerative Skeletterkrankungen, die mit einem Umbau von Knochen und Gelenken sowie dem Abbau von Bandscheiben und Knorpelstrukturen einhergehen*
94	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik *Knie-, Hüft- und Schultergelenkersatz*
95	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien *Arthropatien = Gelenkerkrankungen*
96	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne *Konsiliarisch: Praxisklinik für Plastische & Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Dr. Sauckel*
97	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen *Krankheiten der Gelenkinnenhaut und der Sehnen*

#	Medizinische Leistungsangebote
98	VO13 - Spezialsprechstunde *Wundsprechstunde, Proktologische Sprechstunde, Venensprechstunde, Schilddrüsensprechstunde, Adipositasberatung, Endoprothetiksprechstunde, Viszeralchirurgie, Leberchirurgie, Hernienchirurgie*
99	VO15 - Fußchirurgie *z.B. Schiefstand der Zehe (Hallux Valgus), Hammerzehen (Digitus malleus)*
100	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
101	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
102	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren *Tumorexcision mit plastisch rekonstruktiven Verfahren*
103	VO16 - Handchirurgie
104	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen *Entfernung der Metalschienen nach Abheilung eines Knochenbruchs*
105	VC00 - („Sonstiges“) *auch im endoskopischen Rendezvous*
106	VC00 - („Sonstiges“) *laparoskopische Sigmaresektion*
107	VC00 - („Sonstiges“) *Behandlung von Komplikationen und Infektionen an Knochen, Gelenken und Weichteilen*
108	VC21 - Endokrine Chirurgie *Operationen an Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumore, Nebennieren*
109	VC00 - („Sonstiges“) *Kooperation mit orthopädischen Schuhmacher, Prothesenbauer*
110	VO14 - Endoprothetik
111	VC00 - („Sonstiges“) *interventionelle und operative Therapie*
112	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
113	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
114	VC00 - („Sonstiges“) *Standard, z. B. bei Antirefluxchirurgie und Zwerchfellhernien*
115	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
116	VC00 - („Sonstiges“) *auch transanale minimalinvasive Chirurgie*
117	VC00 - („Sonstiges“) *auch parenchymerhaltend*
118	VC06 - Defibrillatoreingriffe
119	VC00 - („Sonstiges“) *offen und laparoskopisch*
120	VC09 - Behandlung von Verletzungen am Herzen
121	VC00 - („Sonstiges“) *z. B. laparoskopische, netzverstärkte OP von parasotmalen Hernien*
122	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
123	VC25 - Transplantationschirurgie *Explantation Nebenschilddrüsen, Knochenmatrix*
124	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
125	VC00 - („Sonstiges“) *alle Tumoroperationen auch laparoskopisch*
126	VC00 - („Sonstiges“) *Abszeß-/Fistelchirurgie, Hämorrhoiden*

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

Vollstationäre Fallzahl	2779
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	214
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	161
3	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	99
4	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	91
5	S06.0	Gehirnerschütterung	89
6	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	87
7	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	53
8	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	51
9	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	50
10	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	44
11	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	43
12	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	42
13	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	40
14	M54.4	Lumboischialgie	40
15	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	40
16	M54.5	Kreuzschmerz	40
17	A46	Erysipel [Wundrose]	25
18	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	24
19	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23
20	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	21
21	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	21

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
22	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	20
23	S70.0	Prellung der Hüfte	19
24	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	19
25	K63.5	Polyp des Kolons	17
26	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	17
27	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	17
28	S20.2	Prellung des Thorax	17
29	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	17
30	K59.01	Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung	17

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	216
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	171
3	S06	Intrakranielle Verletzung	110
4	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	104
5	M75	Schulterläsionen	97
6	K80	Cholelithiasis	95
7	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	92
8	S52	Fraktur des Unterarmes	90
9	M54	Rückenschmerzen	88
10	S72	Fraktur des Femurs	82
11	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	74
12	K35	Akute Appendizitis	68
13	K40	Hernia inguinalis	68
14	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	62

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
15	K57	Divertikulose des Darmes	61
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	54
17	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	52
18	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	50
19	M48	Sonstige Spondylopathien	48
20	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	41
21	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	38
22	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	32
23	K43	Hernia ventralis	31
24	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	28
25	A46	Erysipel [Wundrose]	25
26	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	24
27	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	24
28	L03	Phlegmone	23
29	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	23
30	M19	Sonstige Arthrose	23

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	476
2	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	342

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	220
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	220
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	213
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	204
7	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	118
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	116
9	5-057.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	105
10	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	102
11	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	98
12	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	95
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	94
14	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	91
15	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	87
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	83
17	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	79
18	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	79
19	5-769.0	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an der Maxilla	78
20	5-779.4	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Anwendung einer OP-Simulation im Gesichtsbereich bei skelettverlagernden Operationen	77

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	5-86a.20	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten	76
22	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	73
23	3-206	Native Computertomographie des Beckens	71
24	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	71
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	69
26	5-776.4	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am aufsteigenden Mandibulaast	68
27	5-800.5h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk	68
28	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	66
29	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	66
30	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	64

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	675
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	476
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	342
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	220
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	220

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	205
7	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	175
8	5-469	Andere Operationen am Darm	159
9	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	156
10	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	149
11	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	148
12	1-650	Diagnostische Koloskopie	146
13	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	143
14	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	143
15	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	134
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	132
17	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	120
18	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	115
19	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	106
20	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	101
21	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	100
22	5-511	Cholezystektomie	96
23	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	85
24	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	84
25	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	83
26	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	79

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	79
28	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	78
29	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	78
30	1-697	Diagnostische Arthroskopie	78

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	41
2	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	30
3	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	23

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
4	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	18
5	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	11
6	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	10
7	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	10
8	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	10
9	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	9
10	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	9
11	8-201.d	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Interphalangealgelenk	6
12	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	5
13	5-840.64	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	5
14	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	5
15	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	4
16	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	4
17	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	< 4
18	5-534.01	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste	< 4
19	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	< 4
20	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
21	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
22	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
23	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	< 4
24	5-493.6	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks)	< 4
25	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
26	5-787.2n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	< 4
27	5-796.2b	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	< 4
28	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	< 4
29	5-796.1c	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	< 4
30	5-903.6a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	69
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	41
3	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	33
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	31
5	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	21

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	18
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	12
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	8
9	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	8
10	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	8
11	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	7
12	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	6
13	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	6
14	5-841	Operationen an Bändern der Hand	6
15	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	5
16	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	4
17	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	4
18	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	4
19	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
20	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
21	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
22	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
23	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
24	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
25	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
26	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
27	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	< 4
28	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
29	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		15,32	Fälle je VK/Person	181,396866
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	15,32	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	15,32

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		14	Fälle je VK/Person	198,5
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	14	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	14

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

4	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
3	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF34 - Proktologie
6	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
7	ZF44 - Sportmedizin

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		21,03	Fälle je VK/Person	132,144547
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	21,03	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	21,03

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,42	Fälle je VK/Person	6616,667
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,42	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,42

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,28	Fälle je VK/Person	2171,09375
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,28	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,28

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP20 - Palliative Care

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

B-[0100] Innere Medizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Abteilung, Internist, Kardiologe, Pneumologe
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Trautnitz
Telefon	08171 75 221
Fax	08171 75 276
E-Mail	mtrautnitz@kreisklinik-wolfratshausen.de
Strasse	Moosbauerweg
Hausnummer	5
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen
URL	https://www.kreisklinik-wolfratshausen.de/abteilungen.zentren/inneremedizin/index.php

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR04 - Duplexsonographie *Doppler- und Duplexsonographie*
2	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten *Diagnostik: Serumdiagnostik; Mikrobiologische Blut-, Urin-, Stuhl-, Liquor-, Pleura- und Aszitesdiagnostik; Mikroskopische Ausstrichdiagnostik Therapie: leitliniengerechte antimikrobielle Therapie;. Hygieneplan*
3	VR02 - Native Sonographie *Sonographie, Kontrastmittelsonographie, transösophageale Echokardiographie*
4	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *Lungenfunktion mit Spirometrie, Bodyplethysmographie, Diffusionsmessung, Blutgasanalyse, Kapnographie, 6-Minuten-Gehstrecke, unspez. inhalative Provokation und Reversibilitätstestung, Polygraphie Flex. Bronchoskopie Leitliniengerechte Therapie Fachärztl. Behandlung durch FA für Lungenheilkunde*
5	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *Pleurasonographie, Pleurapunktion, Pleurabiopsie, Anlage von Pleuradrainagen incl. Bülow-Thoraxdrainagen*
6	VI39 - Physikalische Therapie *Krankengymnastinnen und Krankengymnasten*
7	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) *Diagnostik: Endokrinologische Serum- und Urindiagnostik, Dopplersonographie der Nierenarterien, Kernspinangiographie der Nierenarterien, CT-Angiographie der Nierenarterien, 24-Stunden-Blutdruckmessung Therapie: medikamentöse Therapie der art. Hypertonie*
8	VI00 - („Sonstiges“) *Kooperation mit Praxis*

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VI00 - („Sonstiges“) *Implantation von Ein- und Zweikammer-Herzschrittmachersystemen, regelmäßige Nachsorge in Schrittmacherambulanz in Kooperation mit kardiologischer Praxis*
10	VI20 - Intensivmedizin *Intensivstation mit 14 interdisziplinär geführten Betten, 14 Beatmungsplätze, nicht-invasive Beatmung, invasives Kreislaufmonitoring (Picco-Arterie), externe Schrittmachertherapie, Hämodiafiltration*
11	VI00 - („Sonstiges“) *Ernährungsberatung durch Internisten mit Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin, Erstellen eines Ernährungs- und Diätplanes, Diätassistentin am Haus.*
12	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen *Doppler-, Duplexsono der extrakraniellen Hirnarterien, CT, CT-Angio, MRT Überwachung auf Intensiv und Schlaganfalleinheit, Blutverdünnungstherapie, systemische Lysetherapie, Logopädie, KG; Vertragl. gesicherte Koop. mit Neurolog. Klinikum Großhadern*
13	VI00 - („Sonstiges“) *Proktologische Untersuchung, Beratung und Therapie durch Facharzt für Gastroenterologie mit Zusatzbezeichnung Proktologie, Durchführung von Rektoskopie, Proktoskopie und proktoskopischer Therapie*
14	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit *Labor, EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Ergometrie, medikamentöse/mechanische Stressecho-, Echokardiographie (auch transösophageal), Kipptisch-Untersuchung, Schlaflabordiagnostik Therapie entspr. Leitlinien der Fachgesellschaft Fachärztl. Behandlung durch Facharzt für Kardiologie*
15	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen *Blut- und Urinuntersuchung, Urinmikroskopie, Sonographie, CT- und MRT-Untersuchung der Nieren und der Nierenarterien; Nephrologische Betreuung durch nephrologischen Konsildienst; Hämodiafiltration auf Intensivstation, ambulante Dialyse durch mit der Kreisklinik baulich vebundene Dialysepraxis*
16	VI35 - Endoskopie *Gastroskopie, Duodenoskopie, Koloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie, Bronchoskopie, Schluckendoskopie, Biopsie, Stufenbiopsie, Polypektomie, Unterspritzung, Clipping, Gummibandligatur, ERCP*

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VI40 - Schmerztherapie *In Kooperation mit den Ärzten/innen der Anästhesie und Palliativmedizin*
18	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen *Diagnostik: EKG, LZ-EKG, Ergometrie, Echokardiographie, transösophageale Echokardiographie, Schlaflabordiagnostik (durch assoziierte neurologische Praxis) Therapie: medikamentöse und elektrische Kardioversion, Anlage von Ein- und Zweikammer-Herzschrittmachern*
19	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *Doppler- und duplexsonographische Untersuchungen der Arterien, Doppler-Verschlussdruckmessung der Arterien*
20	VC71 - Notfallmedizin *Notfallmedizinische Versorgung durch Internisten mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, Ärzte der Kreisklinik sind als Notärzte des Notarztsützpunktes des BRK aktiv.*
21	VI38 - Palliativmedizin *3 Palliativmedizinerinnen. Staatlich anerkannte Palliativeinheit, Palliativ-Care-Team, 2010 Aufnahme in Fachprogramm Palliativmedizinische Dienste Teil B des Freistaates Bayern*
22	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Labordiag., gastroenterologische Funktionsdiag., Kontrastmittelsono., endoskopische Untersuchungen des Magendarmtraktes, Biopsie, Stufenbiopsie, Polypektomie, Behandlung von akuten Blutungen durch Unterspritzung, Clipping und Gummibandligatur, ERCP; fachärztl. Behandlung durch Gastroenterologen*
23	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen *Labordiagnostik, in-vitro-Diagnostik, Therapie nach Leitlinie*
24	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten *Doppler- und duplexsonographische Untersuchungen*
25	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes *Diagnostik: Blutgasanalyse, Echokardiographie, Kontrastmittel-CT der Pulmonalarterien (Radiologische Praxis in der Klinik), transösophageale Echokardiographie Therapie: medikamentöse Behandlung der pulmonalarteriellen Embolie und Hypertonie, Lysetherapie bei schweren Lungenembolien*

#	Medizinische Leistungsangebote
26	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs *Rektoskopie, fachärztliche proktologische Behandlung*
27	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten *EKG, Ergometrie, Stressechokardiographie, Herzkatheterbehandlung durch Herzinfarktnetz Großhadern, medikamentöse Therapie der ischämischen Herzerkrankung*
28	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen *Erkrankungen des Alters*
29	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten *Neurologische, fachärztliche Betreuung durch Konsilarzt (Praxis an der Klinik), Labor, Liquorpunktion, CT-Bildgebung (16-Zeilen-CT), Kernspintomographie (Kooperation mit radiologischer Praxis), Doppler- und Duplexsonographie der extrakraniellen Hirnarterien*
30	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten *Diagnostik: endokrinologische Labordiagnostik, endokrinologische Funktionsdiagnostik, Sonographie der endokrinen Organe, Schilddrüsenpunktion. Therapie: Teilnahme am Disease Management Programm für Diabetes mellitus, Kooperation mit diabetologischer Schwerpunktpraxis vor Ort*
31	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *Labordiagnostik, sonographische Diagnostik des Pankreas und der Gallenwege, inkl. ERCP und MRCP, Kontrastmittelsonographie, Leberbiopsie*
32	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
33	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
34	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
35	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
36	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
37	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
38	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen *mit Konsil*
39	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
40	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
41	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

#	Medizinische Leistungsangebote
42	VI42 - Transfusionsmedizin
43	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl	2305
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	211
2	R55	Synkope und Kollaps	106
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	89
4	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	85
5	E86	Volumenmangel	78
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	71
7	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	63
8	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	55
9	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	43
10	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	42
11	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	35
12	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	34
13	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	31

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	31
15	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	30
16	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	29
17	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	25
18	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	24
19	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	22
20	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	22
21	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	21
22	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	20
23	K29.1	Sonstige akute Gastritis	18
24	N20.0	Nierenstein	17
25	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	17
26	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	17
27	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	17
28	J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	17
29	J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	16
30	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	16

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	212
2	I50	Herzinsuffizienz	138
3	R55	Synkope und Kollaps	106

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	93
5	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	81
6	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	80
7	E86	Volumenmangel	78
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	73
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	63
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	56
11	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	49
12	G40	Epilepsie	46
13	H81	Störungen der Vestibularfunktion	45
14	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	42
15	I63	Hirninfarkt	39
16	A41	Sonstige Sepsis	39
17	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	38
18	I21	Akuter Myokardinfarkt	37
19	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	35
20	I26	Lungenembolie	34
21	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	33
22	I11	Hypertensive Herzkrankheit	31
23	K29	Gastritis und Duodenitis	26
24	N17	Akutes Nierenversagen	23
25	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	22
26	N20	Nieren- und Ureterstein	20
27	I47	Paroxysmale Tachykardie	20
28	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	19
29	J20	Akute Bronchitis	18

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	17

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	602
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	574
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	357
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	347
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	325
6	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	258
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	196
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	185
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	182
10	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	176
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	155
12	3-202	Native Computertomographie des Thorax	138
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	138
14	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	129

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
15	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	129
16	8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige	123
17	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	119
18	1-710	Ganzkörperplethysmographie	117
19	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	116
20	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	112
21	8-547.1	Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern	110
22	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	101
23	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	100
24	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	97
25	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	85
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	85
27	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	84
28	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	81
29	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	64
30	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	60

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1053
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	602
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	574
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	357
5	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	341
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	299
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	228
8	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	196
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	185
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	185
11	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	172
12	3-202	Native Computertomographie des Thorax	138
13	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	129
14	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	129
15	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	121
16	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	119
17	1-710	Ganzkörperplethysmographie	117
18	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	116
19	8-547	Andere Immuntherapie	113
20	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	101
21	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	100
22	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	99

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	1-650	Diagnostische Koloskopie	96
24	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	95
25	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	85
26	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	84
27	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	76
28	8-854	Hämodialyse	63
29	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	53
30	8-701	Einfache endotracheale Intubation	51

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
2	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4

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		22,47	Fälle je VK/Person	102,581223
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	22,47	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	22,47

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		12	Fälle je VK/Person	192,083328
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	12	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	12

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

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

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF34 - Proktologie
4	ZF30 - Palliativmedizin
5	ZF09 - Geriatrie
6	ZF39 - Schlafmedizin
7	ZF28 - Notfallmedizin
8	ZF44 - Sportmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		14,62	Fälle je VK/Person	157,660736
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	14,62	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	14,62

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

Gesamt		0,72	Fälle je VK/Person	3201,38867
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,72	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	0,72

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,57	Fälle je VK/Person	1468,15283
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,57

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,08	Fälle je VK/Person	2134,25928
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,08	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,08

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP20 - Palliative Care

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

B-[3700] Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie und Intensivmedizin

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin, Organisatorische Leitung Intensivstation, Leitung Blutdepot/Transfusionsverantwortlicher, OP-Management, Leitender Notarzt, Transplantationsverantwortlicher
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Josef Orthuber
Telefon	08171 75 293
Fax	08171 75 619
E-Mail	jorthuber@kreisklinik-wolfratshausen.de
Strasse	Moosbauerweg
Hausnummer	5
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen
URL	https://www.kreisklinik-wolfratshausen.de/abteilungen.zentren/anaesthesie/index.php

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“) *Geburtserleichternde Maßnahmen durch rückenmarksnahe Schmerzmittelgabe (Periduralanästhesie) im Kreissaal werden rund um die Uhr gewährleistet. Die Abteilung steht jederzeit für die zeitnahe Durchführung (gemäß Richtlinien) von Kaiserschnitten zur Verfügung.*
2	VX00 - („Sonstiges“) *Regionale Betäubung bei liegenden Kathetern zur Schmerztherapie, z.B. bei Schulteroperationen, Kniegelenks-Operationen mit Ultraschall*
3	VC71 - Notfallmedizin
4	VX00 - („Sonstiges“) *Hausinterne Reanimationen werden unter Leitung des diensthabenden Anästhesisten durchgeführt. Die Anästhesie gewährleistet diese Versorgung rund um die Uhr. Reanimationsausrüstung wird auf allen Stationen vorgehalten und regelmäßig kontrolliert. Es werden regelmäßig Fortbildungen durchgeführt.*
5	VI40 - Schmerztherapie *Anordnung und Durchführung intravenöser, intramuskulärer und postoperativer Schmerztherapie, sowie Einsatz von patientengesteuerten Analgesie-Pumpen. Die Schmerztherapie wird gemäß des Schmerzkonzepts der Weltgesundheitsorganisation und den Leitlinien zur Schmerztherapie durchgeführt.*
6	VX00 - („Sonstiges“) *"Örtliche" Betäubung, rückenmarksnahe Betäubung, Betäubung von Nervengeflechten (Plexus) und peripheren Nerven (N.femoralis, N.ischiadicus etc.)*

#	Medizinische Leistungsangebote
7	VI42 - Transfusionsmedizin *Leitung des Blutdepots durch die Abteilung Anästhesie, Transfusionsmedizin Leitung durch Anästhesie*
8	VX00 - („Sonstiges“) *Betreuung und Überwachung von ambulanten Patienten in einem speziellen Ruheraum durch qualifiziertes Pflegepersonal. Überwachung und Betreuung von Patienten in den ersten Stunden nach einer Operation.*
9	VI35 - Endoskopie
10	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	VN23 - Schmerztherapie *Anordnung und Durchführung intravenöser, intramuskulärer und postoperativer Schmerztherapie, sowie Einsatz von patientengesteuerten Analgesie-Pumpen. Die Schmerztherapie wird gemäß des Schmerzkonzepts der Weltgesundheitsorganisation und den Leitlinien zur Schmerztherapie durchgeführt.*
12	VX00 - („Sonstiges“) *Moderne Narkosemedikamente sorgen für ein angenehmes Einschlafen und Aufwachen bei einer Vollnarkose. Erhaltung und Überwachung der vitalen Funktionen während der Operationen am Bewegungs- und Stützapparat und den Organen des menschlichen Körpers.*
13	VR02 - Native Sonographie
14	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
15	VX00 - („Sonstiges“) *Anordnung und Durchführung intravenöser, intramuskulärer und postoperativer Schmerztherapie, sowie Einsatz von patientengesteuerten Analgesie-Pumpen. Die Schmerztherapie wird gemäß des Schmerzkonzepts der Weltgesundheitsorganisation und den Leitlinien zur Schmerztherapie durchgeführt.*
16	VU15 - Dialyse *Hämodiafiltration auf Intensivstation.*
17	VI20 - Intensivmedizin *Die orga. Ltg. der Intensivstation untersteht der Anästhesieabteilung. Nach großen operativen Eingriffen bzw. wenn ein erhöhtes post-OP Risiko besteht, werden chir. Patienten von der Anästhesie auf der Intensivstation behandelt.*

#	Medizinische Leistungsangebote
	VD11 - Spezialsprechstunde
18	*Narkoseaufklärung, Prämedikationsvisite mit Einschätzung des operativen und anästhesiologischen Risikos*

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[3700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[3700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

B-[3700].11 Personelle Ausstattung

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,65	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	9,65	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	9,65

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		8,65	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,65	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	8,65

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care
2	ZP16 - Wundmanagement

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

B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart	Belegabteilung
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 leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Ärztin
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. habil. Dörte Lüdders
Telefon	08171 75 9310
E-Mail	doerte.luedders@klinikum-starberg.de
Strasse	Moosbauerweg
Hausnummer	5
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen

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	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
2	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
3	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
4	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
5	VK23 - Versorgung von Mehrlingen *Im Rahmen einer Notfallversorgung*
6	VK25 - Neugeborenenscreening
7	VG07 - Inkontinenzchirurgie
8	VG05 - Endoskopische Operationen
9	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
11	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
12	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
13	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
14	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
15	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

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

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

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

B-[2300] Orthopädie

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Orthopädie

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2300 - Orthopädie

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt Orthopädie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Nicholas McArthur
Telefon	08171 75 0
E-Mail	info@kreisklinik-wolfratshausen.de
Strasse	Moosbauerweg
Hausnummer	5
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen

B-[2300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien *Arthropathien = Gelenkerkrankungen*
2	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen *Erkrankungen der Gelenkinnenhaut und der Sehnen*
3	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien *Veränderungen des Gelenkes und des Gelenkknorpels*
4	VC66 - Arthroskopische Operationen *Z.B. Kniegelenkspiegelung*
5	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
6	VO15 - Fußchirurgie
7	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
8	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
9	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik *Knie-, Hüft- und Schultergelenkersatz*
10	VO16 - Handchirurgie
11	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
12	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
13	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
14	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
15	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
16	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien *Spondylopathien sind degenerative Skeletterkrankungen, die mit einem Umbau von Knochen und Gelenken sowie dem Abbau von Bandscheiben und Knorpelstrukturen einhergehen.*

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
18	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
19	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
20	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
21	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
22	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
23	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
24	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
25	VO13 - Spezialsprechstunde
26	VO14 - Endoprothetik
27	VO19 - Schulterchirurgie
28	VO21 - Traumatologie

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[2300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	< 4

B-[2300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4

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

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

B-[2300].11 Personelle Ausstattung

B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	0

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

B-[2300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

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

B-[2600] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

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

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	HNO
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Elisabeth Kleinherne
Telefon	08171 75 0
E-Mail	info@kreisklinik-wolfratshausen.de
Strasse	Moosbauerweg
Hausnummer	5
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen

B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
2	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
3	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
4	VH05 - Cochlearimplantation
5	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
6	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
7	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
8	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
9	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
10	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
11	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
12	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
13	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
14	VH04 - Mittelohrchirurgie
15	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
16	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
17	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
18	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres

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

Vollstationäre Fallzahl	51
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J32.4	Chronische Pansinusitis	17
2	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	12
3	J35.0	Chronische Tonsillitis	10
4	J33.1	Polyposis nasalis deformans	< 4
5	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
6	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	< 4
7	J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	< 4
8	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	< 4
9	H81.2	Neuropathia vestibularis	< 4
10	J38.2	Stimmlippenknötchen	< 4
11	S02.2	Nasenbeinfraktur	< 4
12	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	< 4

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	25
2	J32	Chronische Sinusitis	20
3	J33	Nasenpolyp	< 4
4	J03	Akute Tonsillitis	< 4
5	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	< 4
7	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	< 4

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	23
2	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	23
3	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	20
4	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	16
5	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	16
6	5-289.1	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie	15
7	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	14
8	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	13
9	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	12
10	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	11
11	5-224.3	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidsphenoidektomie, endonasal	11
12	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	8
13	5-222.20	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, endonasal: Ohne Darstellung der Schädelbasis	< 4
14	5-223.5	Operationen an der Stirnhöhle: Endonasale Stirnhöhlenoperation	< 4
15	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	< 4
17	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	< 4
18	5-216.1	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	< 4
19	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	< 4
20	5-212.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase, endonasal	< 4
21	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	< 4
22	5-292.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx: Exzision, lokal	< 4
23	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	< 4
24	5-300.5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch	< 4
25	1-546	Biopsie am Oropharynx durch Inzision	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	47
2	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	32
3	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	22
4	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	21
5	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	15
6	5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	15
7	5-985	Lasertechnik	14
8	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	13
9	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	8
10	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4
12	5-223	Operationen an der Stirnhöhle	< 4
13	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	< 4
14	5-292	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx	< 4
15	1-546	Biopsie am Oropharynx durch Inzision	< 4
16	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4
17	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
18	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	15
2	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	11
3	5-216.1	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	8
4	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	5
5	5-041.0	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Hirnnerven extrakraniell	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
6	5-259.2	Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae	< 4
7	5-188.0	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Reduktionsplastik (z.B. bei Makrotie)	< 4
8	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	< 4
9	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-200	Parazentese [Myringotomie]	16
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	16
3	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	8
4	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4
5	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
6	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	< 4
7	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4

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

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	0

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

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

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

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

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

B-[2700] Augenheilkunde

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Augenheilkunde

B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Augenarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. univ. Mario Behrendt
Telefon	08171 78051
Fax	08171 16547
E-Mail	info@augenzentrum-isartal.de
Strasse	Gebhardstrasse
Hausnummer	6a
PLZ	82515
Ort	Wolfratshausen

B-[2700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
2	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
3	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
4	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
5	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
6	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse *Grauer Star*
7	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut

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

Vollstationäre Fallzahl	3
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H25.9	Senile Katarakt, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Cataracta senilis	< 4

B-[2700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	< 4
2	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	< 4
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	188

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	188

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

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

B-[2700].11 Personelle Ausstattung

B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	0

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

B-[2700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher - Implantation	
Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	15
09/3 - Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	13
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	49
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	49
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	167
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	167
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	142
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	142
HEP_IMP - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	142
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	142
HEP_WE - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	148
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	148
KEP_IMP - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	146
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	146
KEP_WE - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	369
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	369
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	**2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

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	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	369
Beobachtete Ereignisse	369

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	**2006**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

Fachlicher Hinweis IQTIG	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	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	369
Beobachtete Ereignisse	369

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

Ergebnis-ID	**2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

	Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	**2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	99,24

Vertrauensbereich Krankenhaus	95,80 - 99,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	131
Beobachtete Ereignisse	130

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

5. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
Ergebnis-ID	**2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	98,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,79 - 99,35

Fallzahl

Grundgesamtheit	240
Beobachtete Ereignisse	236

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,64 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	278
Beobachtete Ereignisse	278

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,64 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	278
Beobachtete Ereignisse	278

8. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle

Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	**231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	20,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	14,58 - 27,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	30

9. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	**232000_2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,47 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	148

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

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

	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,47 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	148

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

Ergebnis-ID	**232002_2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	**232003_2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	98,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,91 - 99,60

Fallzahl

Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	137

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

Ergebnis-ID	**232004_2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	97,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,72 - 99,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	94

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

Ergebnis-ID	**232005_2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,30 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	100

Beobachtete Ereignisse	100

15. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	**232006_2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,30 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	100

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

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/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,55 - 1,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	341
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	37,12

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

Ergebnis-ID	**232008_231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
	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	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	14,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,63 - 18,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	369
Beobachtete Ereignisse	55

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

Ergebnis-ID	**232009_50722**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,47 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	148

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

Ergebnis-ID	**232010_50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,66

Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 0,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	209
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	28,22

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	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	369

Beobachtete Ereignisse	369

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,95 - 2,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	8,89

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**52009**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 0,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	5384
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	27,52

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**52010**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt 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	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	5384
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

24. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben

Ergebnis-ID	**521800**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	5384
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	**521801**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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
Rechnerisches Ergebnis	0,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	5384
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	**52326**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 0,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	5384
Beobachtete Ereignisse	10

27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	**10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen

	durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	**172000_10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
	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	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

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

31. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	**51906**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der

	anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

32. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter	
Ergebnis-ID	**52283**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**60685**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis

	ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**60686**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-

	bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
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

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

Ergebnis-ID	**612**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-

	bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**10271**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	1,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 4,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**191800_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. 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	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**191801_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

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	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**191914**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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/. 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	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 2,54

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

40. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	**54001**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität 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	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,07 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	94

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**54002**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit 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/.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

42. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	**54003**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	22,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,31 - 36,54

Fallzahl

Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	11

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

43. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Ergebnis-ID	**54004**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier

Fachlicher Hinweis IQTIG	betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	99,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,43 - 99,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	119

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**54012**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit

Fachlicher Hinweis IQTIG	vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 2,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6,25

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	unverändert

45. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
Ergebnis-ID	**54013**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	75
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**54015**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	1,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,89 - 2,78

Fallzahl

Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	9

Erwartete Ereignisse	5,51

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

47. 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	unverändert

48. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**54017**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Ergebnis-ID	**54018**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Rechnerisches Ergebnis	10,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,53 - 22,17

Fallzahl

Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

50. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54019**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
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	unverändert

51. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	**54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,96

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	unverändert

52. 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	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
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	unverändert

53. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	**54030**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,83
Vertrauensbereich bundesweit	9,60 - 10,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**54033**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	0,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 1,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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	unverändert

55. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 1,78

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,29

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

56. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	**54046**

Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 2,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

57. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Ergebnis-ID	**54050**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,35
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,62 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	42

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

58. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft	
Ergebnis-ID	**52307**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Sys-temwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu be-trachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Kran-kenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%

Bundesergebnis	98,43
Vertrauensbereich bundesweit	98,34 - 98,53
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**101800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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/ Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,96

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verbessert

60. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**101801**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter

	folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**101802**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	50,73
Vertrauensbereich bundesweit	50,37 - 51,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**101803**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisati-onstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen

	Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu be-gründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herz-schrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,39
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**2194**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	2,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 10,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**2195**

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 121,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	**51191**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	14,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,65 - 66,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52139**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messun-gen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	88,55
Vertrauensbereich bundesweit	88,34 - 88,76
Rechnerisches Ergebnis	73,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	48,05 - 89,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	11

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**52305**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messun-gen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 - 95,20
Rechnerisches Ergebnis	98,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,23 - 99,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	53

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

68. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	**52311**

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,20 - 1,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Ergebnis-ID	**54140**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni-sationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu be-gründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herz-schrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364
Einheit	%
Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 - 99,65
Rechnerisches Ergebnis	92,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,53 - 98,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14

Beobachtete Ereignisse	13

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

70. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**121800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	**51404**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 380,66

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	**52315**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,59 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. 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
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	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

74. 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	99,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,77 - 99,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	129

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**54021**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%

Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,61 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

76. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	**54022**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	2,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 11,72

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	unverändert

78. 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
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	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,56

Fallzahl

Grundgesamtheit	146
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

79. 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
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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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	unverändert

80. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**54125**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	**54127**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	140
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

82. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

Ergebnis-ID	**54128**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/

Einheit	%
Bundesergebnis	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,43 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	156

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

83. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich

Ergebnis-ID	**56000**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 - 64,45
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,14 - 97,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

84. 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	unverändert

85. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten	
Ergebnis-ID	**56003**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
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

86. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten	
Ergebnis-ID	**56004**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

87. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56005**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link

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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

88. 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

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

89. 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

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

90. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
Ergebnis-ID	**56008**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten,

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/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,14 - 97,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

91. 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	0,00
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	unverändert

92. 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

93. 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

94. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	**56014**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

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

95. 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

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

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

☑ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 2 *Die Diabetes Melitus-Behandlung/-Schulung erfolgt in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Kornelli-Weindel und der Rehaklinik in Bad Heilbrunn (Chefarzt der Inneren Abteilung, Dr. Andreas Liebl). Bei Bedarf erfolgt die Patientenschulung hier in der Kreisklinik.*

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 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	133

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	133
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	146

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	37
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	12
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	12

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - ITS1 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
2	Allgemeine Chirurgie - ITS1 - Nachtschicht	100 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte.*
3	Allgemeine Chirurgie - ITS2 - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - ITS2 - Nachtschicht	100 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall*
5	Innere Medizin - Station 1B - Tagschicht	100 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte.*
6	Innere Medizin - Station 1B - Nachtschicht	100 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte.*
7	Innere Medizin - Station 1C - Tagschicht	91,67 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand*
8	Innere Medizin - Station 1C - Nachtschicht	100 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Kurzfristige Personalausfälle; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen*
9	Geriatrie - Station 1C - Nachtschicht	100 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen*
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Tagschicht	83,33 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Viele unerwartete unfallchirurgische Patienten*

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
11	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Nachtschicht	100 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Viele unerwartete unfallchirurgische Patienten*
12	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Tagschicht	66,67 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand*
13	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Nachtschicht	100 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akuter Personalausfall; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand; Erhöhter Krankheitsausfall*
14	Innere Medizin - Station 4 - Tagschicht	100 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akuter Personalausfall; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen*
15	Innere Medizin - Station 4 - Nachtschicht	100 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akuter Personalausfall; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand; Erhöhter Krankheitsausfall*

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - ITS1 - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - ITS1 - Nachtschicht	99,45 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte.*
3	Allgemeine Chirurgie - ITS2 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
4	Allgemeine Chirurgie - ITS2 - Nachtschicht	99,73 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall*
5	Innere Medizin - Station 1B - Tagschicht	94,79 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte.*
6	Innere Medizin - Station 1B - Nachtschicht	89,86 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte.*
7	Innere Medizin - Station 1C - Tagschicht	89,59 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand*
8	Innere Medizin - Station 1C - Nachtschicht	78,9 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Kurzfristige Personalausfälle; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen*
9	Geriatrie - Station 1C - Nachtschicht	78,9 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen*
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Tagschicht	80,27 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Viele unerwartete unfallchirurgische Patienten*
11	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2 - Nachtschicht	75,07 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Viele unerwartete unfallchirurgische Patienten*

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
12	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Tagschicht	64,93 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand*
13	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Nachtschicht	70,41 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akuter Personalausfall; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand; Erhöhter Krankheitsausfall*
14	Innere Medizin - Station 4 - Tagschicht	79,73 % *Pandemiebedingter Krankheitsausfall; Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akuter Personalausfall; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen*
15	Innere Medizin - Station 4 - Nachtschicht	82,47 % *Akuter Krankheitsausfall, der nicht anderweitig kompensiert werden konnte. ; Akuter Personalausfall; Akute Personalausfälle, Mitarbeiter sind bereits eingesprungen; Erhöhter Krankenstand; Erhöhter Krankheitsausfall*

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