

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Paracelsus-Klinik Adorf/Schöneck - Standort Adorf -

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.5 am 30.01.2020 um 08:35 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Einleitung | 5 |
| Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers | 7 |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 7 |
| A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 7 |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 8 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 11 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 12 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 12 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 12 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 13 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 13 |
| A-11.2 Pflegepersonal | 13 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal | 15 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 18 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement | 18 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement | 18 |
| A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements | 20 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 22 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit | 22 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 24 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 25 |
| B-[1].1 Innere Medizin | 25 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 25 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 26 |
| B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 26 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 26 |
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD | 26 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 30 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 32 |
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 32 |
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 32 |
| B-[1].11 Personelle Ausstattung | 33 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 33 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 33 |
| B-[2].1 Allgemeine Chirurgie | 34 |

| | |
|---|----|
| B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 34 |
| B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 35 |
| B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 36 |
| B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 36 |
| B-[2].6 Diagnosen nach ICD | 36 |
| B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 39 |
| B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 44 |
| B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 44 |
| B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 45 |
| B-[2].11 Personelle Ausstattung | 46 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 46 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 46 |
| B-[3].1 Orthopädie | 48 |
| B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 48 |
| B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 49 |
| B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 49 |
| B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 49 |
| B-[3].6 Diagnosen nach ICD | 49 |
| B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 50 |
| B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 51 |
| B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 52 |
| B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 52 |
| B-[3].11 Personelle Ausstattung | 53 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 53 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 53 |
| B-[4].1 Intensivmedizin | 55 |
| B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 55 |
| B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 56 |
| B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 56 |
| B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 56 |
| B-[4].6 Diagnosen nach ICD | 56 |
| B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 57 |
| B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 59 |
| B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 59 |
| B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 59 |
| B-[4].11 Personelle Ausstattung | 60 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 60 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 60 |
| B-[5].1 Geriatrie | 62 |
| B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 62 |

| | |
|--|-----|
| B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 63 |
| B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 63 |
| B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 63 |
| B-[5].6 Diagnosen nach ICD | 64 |
| B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 66 |
| B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 67 |
| B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 67 |
| B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 68 |
| B-[5].11 Personelle Ausstattung | 69 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 69 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 69 |
| Teil C - Qualitätssicherung | 71 |
| C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 71 |
| C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 71 |
| C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit] | 72 |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 144 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 144 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 144 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 146 |
| C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr | 146 |
| C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr | 146 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") | 146 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 146 |

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

| | |
|----------|---------------------------------|
| Name | Kristin Gottschalk |
| Position | Qualitätsmanagement-Beauftragte |
| Telefon | 037423 / 79 - 2502 |
| Fax | 037423 / 79 - 2712 |
| E-Mail | kristin.gottschalk@pkd.de |

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

| | |
|----------|---------------------|
| Name | Ralph Pleier |
| Position | Klinikmanager |
| Telefon. | 037464 / 85 - 1502 |
| Fax | 037464 / 85 - 1712 |
| E-Mail | ralph.pleier@pkd.de |

Weiterführende Links

| | |
|-------------------------------|---|
| URL zur Homepage | http://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |
| URL für weitere Informationen | http://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

| | |
|-------------------------|---|
| Name | Paracelsus-Klinik Adorf |
| Institutionskennzeichen | 261401303 |
| Standortnummer | 99 |
| Hausanschrift | Sorger Straße 51 08626 Adorf |
| Postanschrift | Sorger Straße 51 08626 Adorf |
| Internet | http://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Dipl.-Med. Dieter Haugk | Ärztlicher Leiter | 037423 / 79 - 2332 | 037464 / 79 - 2718 | dieter.haugk@pkd.de |

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Thomas Meinel | Pflegedienstleiter | 037423 / 79 - 2100 | 037423 / 79 - 2712 | thomas.meinel@pkd.de |

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|--------------|---------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Ralph Pleier | Klinikmanager | 037464 / 85 - 1502 | 037464 / 85 - 1712 | ralph.pleier@pkd.de |

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

| | |
|-------------------------|---|
| Name | Paracelsus-Klinik Adorf/Schöneck -Standort Adorf - |
| Institutionskennzeichen | 261401303 |
| Standortnummer | 02 |
| Hausanschrift | Sorger Straße 51 08626 Adorf |
| Postanschrift | Sorger Straße 51 08626 Adorf |
| Internet | http://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Dipl.-Med. Dieter Haugk | Ärztlicher Leiter | 037423 / 79 - 2332 | 037464 / 79 - 2718 | dieter.haugk@pkd.de |

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Thomas Meinel | Pflegedienstleiter | 037423 / 79 - 2100 | 037423 / 79 - 2712 | thomas.meinel@pkd.de |

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|--------------|---------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Ralph Pleier | Klinikmanager | 037464 / 85 - 1502 | 037464 / 85 - 1712 | ralph.pleier@pkd.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------|---|
| Name | Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA |
| Art | privat |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| | |
|---|-----------------|
| Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? | trifft nicht zu |
|---|-----------------|

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Der Sozialdienst der Klinik steht den Angehörigen für Beratungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, ambulanter oder stationärer Nachsorge (häusliche Krankenpflege, Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, Pflegeheimunterbringung, etc.) zur Verfügung. |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | Durch Atemgymnastik wird ein Programm ausgewählter Übungen mit dem Patienten durchgeführt, das bewusstes Atmen fördert und ungünstige Atemgewohnheiten abbaut. |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik | Beim Bewegungsbad erfolgt die Übungsbehandlung im Wasser. Hierbei werden Auftriebskraft, Reibungswiderstand und Temperatur ausgenutzt. Der Körper wiegt nur noch 10% seines ursprünglichen Gewichts. |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Die Therapie dient z.B. zur Rehabilitation von Patienten nach einem Schlaganfall. Durch eine spezielle Lagerung und der Bewegung des Patienten werden bleibende Muskelverkrampfungen (Spastiken) verhindert und durch Lähmung verloren gegangene Beweglichkeit wieder angebahnt. |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wird eine strukturierte Diabetesberatung durch Diabetesassistentinnen angeboten. Inhalte sind u.a.: Unterzuckerung, Ernährung, Blutzuckerbestimmung, Insulinverabreichung, Folgeerkrankungen |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Für die Diät- und Ernährungsberatung steht eine Diätassistentin zur Verfügung. |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Bei Fragen zur Entlassung/Überleitung steht Ihnen der Sozialdienst zur Verfügung. |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage | Die Fußreflexzonenmassage erfolgt auf Patientenwunsch durch die Physiotherapie. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Die Physiotherapie führt u.a. Inkontinenz-/Beckenbodengymnastik durch. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--|
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | Mithilfe der manuellen Lymphdrainage und der komplexen Entstauungstherapie wird ein gestörter Lymphabfluss verbessert oder wiederhergestellt. Dazu dienen spezielle Griffe mit sanften vorwiegend kreisförmig auf die Haut applizierten Dehnreizen, mit Wirkung auf die Lymphgefäße. |
| MP25 | Massage | Die Physiotherapie führt folgende Massagen durch: klassische medizinische Massage, Segment-Massage, Bindegewebsmassage, Periost-Massage, Reflexzonenmassage, Tiefenmassage nach Dr. Marnitz |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Bei Bedarf erfolgt durch ortsansässige Podologen medizinische Fußpflege in der Klinik. |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | Modern ausgestattete Inhalations-, Massage- und Kurzwellentherapiegeräte ergänzen den Bäderbereich mit Vierzellenbad, Stanger- und Unterwasserdruckstrahlmassage, Kohlensäure- und medizinischen Bädern, Güssen und dem Wasser-Bewegungsbecken. |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Einzel- und Gruppentherapien erfolgen durch die Physiotherapie der Klinik. |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Psychologische und psychotherapeutische Leistungsangebote werden durch die Neurologen/Psychiater sowie den Psychotherapeuten im Medizinischen Versorgungszentrum durchgeführt. |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | Wirbelsäulengymnastik bzw. Übungen und Hinweise zur rückengerechten Haltung erfolgen im Rahmen physiotherapeutischer Behandlungen. |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | In der Klinik stehen Pain-Nurses und algesiologische Fachassistenten zur Schmerzbehandlung zur Verfügung. |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | z. B. Progressive Muskelentspannung nach Jacobson |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | Bei Bedarf wird eine konsiliarische Therapie mit einem Logopäden angeboten. |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Es finden in der Klinik Treffen der ILCO-Gruppe Vogtland statt. Stomapatienten, Menschen mit künstlichem Darmausgang, werden in dieser Selbsthilfegruppe betreut. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--|
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Die Klinik kooperiert mit einem Unternehmen, das die Patienten mit entsprechender Orthopädietechnik und Hilfsmitteln versorgt. |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | Ausgebildete Wundexperten stehen bei Bedarf auf allen Stationen zur professionellen Wundversorgung zur Seite. |
| MP51 | Wundmanagement | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Kontakt zu Selbsthilfegruppen werden über den Sozialdienst der Klinik vermittelt. |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | Ergänzend zur medizinischen und pflegerischen Behandlung bieten wir in der Klinik patientenbezogene Aromaanwendungen mit ätherischen Ölen an. Diese wirken ganzheitlich und beeinflussen Körper, Geist und Seele. Die Selbstheilungskräfte werden aktiviert und unterstützen die Genesung des Patienten. |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | Eine ganzheitliche Behandlungsmethode basierend auf dreidimensionalen Bewegungsmustern. Durch propriozeptive Reize und spezielle Techniken werden die vom ZNS gesteuerten Bewegungsaktivitäten erleichtert und gebahnt. |
| MP63 | Sozialdienst | Unterstützung der Patienten bzw. Angehörigen bei folgenden Sachverhalten: medizinische Rehabilitation, ambulante/stationäre Nachsorge |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | In der Klinik finden regelmäßig Informationsveranstaltungen für Interessierte zu medizinischen Themen statt. |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Bei Bedarf steht der ambulante Pflegedienst der Klinik (Standort Schöneck) zur Verfügung. |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | URL | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|-----|---|
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum | | | |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | | |
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer | 0,00 EUR pro Tag (max) | | mit Kopfhörer möglich (Kaufpreis 2,50 Euro) |
| NM15 | Internetanschluss am Bett/im Zimmer | 2,00 EUR pro Tag (max) | | Internetnutzung über Modem möglich (Pfand 20,00 Euro) |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett | 0,00 EUR pro Tag (max) | | mit Kopfhörer möglich (Kaufpreis 2,50 Euro) |
| NM18 | Telefon am Bett | 2,50 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,00 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,00 EUR bei eingehenden Anrufen | | Die Tagesgebühr beinhaltet eine Flatrate ins Mobilfunk- und Festnetz. |
| NM19 | Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer | | | |
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen | 0,00 EUR pro Stunde (max) 0,00 EUR pro Tag | | kostenfreie Nutzung der Parkplätze |
| NM42 | Seelsorge | | | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | Der Speiseplan kann individuell angepasst werden. | | |
| NM67 | Andachtsraum | | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | |

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| BF21 | Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | |
| BF24 | Diätetische Angebote | |
| BF25 | Dolmetscherdienst | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin | Die Ausbildung erfolgt in Kooperation mit weiteren externen Praxispartnern. Es steht auf jeder Station/in jedem Funktionsbereich ein Praxisanleiter, Pflegekraft mit pädagogischer Zusatzqualifikation, zur Verfügung. |
| HB07 | Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) | Wir bilden in Kooperation mit der OTA-Schule am Klinikum Chemnitz oder Plauen diesen Beruf aus. Innerhalb eines 3-Jahres-Zeitraums lernen sie u.a. die selbständige Vor- und Nachbereitung von Operationen sowie das Instrumentieren. |
| HB15 | Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) | Wir bilden in Kooperation mit der ATA-Schule am Klinikum Chemnitz oder Plauen diesen Beruf aus. Innerhalb eines 3-Jahres-Zeitraums lernen sie u.a. die selbständige Vor- und Nachbereitung sowie Überwachung von Narkosen. |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| | |
|-------------------|-----|
| Anzahl der Betten | 275 |
|-------------------|-----|

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 4926 |
| Teilstationäre Fallzahl | 13 |
| Ambulante Fallzahl | 4816 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | | |
|---|------|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 23,9 | Ein Teil der Ärzte arbeitet auch im Paracelsus-MVZ. |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 23,9 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 23,9 | |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | | |
|--|------|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 13,9 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 13,9 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 13,9 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|-----------------|---|
| Anzahl Personen | 2 |
|-----------------|---|

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 83,8 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 83,8 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |

| | | |
|-----------------------|------|--|
| Ambulante Versorgung | 0 | Die ambulante Versorgung erfolgt größtenteils über die Sprechstunden im Paracelsus-MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum). |
| Stationäre Versorgung | 83,8 | |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 23,6 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 23,6 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 23,6 |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

| | |
|---|-----|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 2,1 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,1 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,1 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

| | |
|---|-----|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 2,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,4 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

| | |
|--|-----|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,0 |

| | |
|---|-----|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,0 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|-----|
| Anzahl Vollkräfte | 1,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,0 |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|--|-----|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 0,5 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 40,00 |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Spezielles therapeutisches Personal | Diätassistent und Diätassistentin (SP04) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Kommentar/ Erläuterung | Die Diätassistentenz gehört zur Küche, die von einem externen Dienstleister betrieben wird. |

| Spezielles therapeutisches Personal | Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 2,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,5 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 8,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 2,0 |
| Stationäre Versorgung | 6,4 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,7 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,7 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,7 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,2 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,2 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,2 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,4 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Sozialpädagoge und Sozialpädagogin (SP26) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,5 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 6,9 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,9 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 6,9 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,9 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,9 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,9 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin (SP35) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,6 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,6 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,6 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 4,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,8 |
| Stationäre Versorgung | 3,7 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA) (SP56) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 4,9 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,9 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 1,5 |
| Stationäre Versorgung | 3,4 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 12,3 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 12,3 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 12,3 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Name | Kristin Gottschalk |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsmanagement-Beauftragte |
| Telefon | 037423 79 2502 |
| Fax | 037423 79 2712 |
| E-Mail | kristin.gottschalk@pkd.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Die Treffen finden im Rahmen der Leitungssitzung (Klinikmanager, Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleiter, Chefärzte/Leiter der medizinischen Fachbereiche, QMB) statt. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|---|--|
| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |
|---|--|

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | QM-Handbuch 2018-10-08 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | VA Notfallmanagement 2019-01-31 |
| RM05 | Schmerzmanagement | VA Schmerzmanagement 2017-11-30 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Pflegestandard Sturzprophylaxe 2018-09-30 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Pflegestandard zur Dekubitusprophylaxe und -therapie 2018-09-30 |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | VA Fixierung, Fixierungsantrag, Fixierungsprotokoll 2017-11-30 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | DA Betrieb und Umgang mit Medizinprodukten 2019-07-31 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust | OP-Checkliste, Team-time-out 2018-03-31 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | im Rahmen der OP-Vorbereitung und täglichen Fallbesprechungen, OP-Checkliste 2018-03-31 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Nutzung Patientenarmband, im Rahmen der OP-Vorbereitung mit der OP-Checkliste 2018-03-31 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Pflegestandard zur postoperativen Überwachung 2018-09-30 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|--|--|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz | monatlich |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | monatliches Treffen des CIRS-Auswerterteams zur Fallanalyse/-besprechung |

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr. | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem | Zusatzangaben |
|------|---|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 2019-07-31 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | jährlich |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| | |
|---|--|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz | monatlich |

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

| Nummer | Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem |
|--------|---|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

| | | |
|---|--|---|
| Krankenhausthygieniker und Krankenhausthygienikerinnen | 1 | für beide Standorte tätig |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 4 | für beide Standorte tätig |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 10 | auf jeder Station/in jedem Funktionsbereich vorhanden |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission | halbjährlich | |

Vorsitzender der Hygienekommission

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Name | Dipl.-Med. Dieter Haugk |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Leiter |
| Telefon | 037423 79 2332 |
| Fax | 037423 79 2718 |
| E-Mail | dieter.haugk@pkd.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| | |
|---|--|
| Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern? | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Der Standard thematisiert insbesondere

| | |
|---|--|
| Hygienische Händedesinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Beachtung der Einwirkzeit | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

| | |
|--|--|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Der Standard thematisiert insbesondere

| | |
|---|--|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| | |
|--|--|
| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
|--|--|

Der interne Standard thematisiert insbesondere

| | |
|--|--|
| Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| | |
|---|--|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 17 ml/Patiententag |
| Ist eine Intensivstation vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | 118 ml/Patiententag |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

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

| | |
|--|--|
| Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html) ? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Hygienebezogene Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar/ Erläuterung |
|------|--|--|------------------------|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | <input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS <input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Zertifikat Bronze | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| | | |
|---|--|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | <input checked="" type="checkbox"/> ja | Unser Ziel ist es, die Beschwerde innerhalb von 7 Tagen abzarbeiten und den Beschwerdeführer entsprechend zu informieren. |
| Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Patientenbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Einweiserbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|---------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------------------|
| Thomas Meinel | Pflegedienstleiter | 037423 79 2100 | 037423 79 2712 | thomas.meinel@pkd.de |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

| | |
|---|-----------------------------|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? | ja – Arzneimittelkommission |
|---|-----------------------------|

A-12.5.2 Verantwortliche Person

| | |
|---|----------------------|
| Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit | keine Person benannt |
|---|----------------------|

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|---------------------------------|
| Anzahl Apotheker | 0 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |
| Kommentar/ Erläuterung | Belieferung über Fremdapotheker |

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.

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | QM-Handbuch 2018-10-08 |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service) | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Chef-/Oberarztvisiten |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|------|-------------------------------|---|---------------------------|--|
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | keine Angabe erforderlich | befindet sich am Klinikstandort Schöneck |

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Innere Medizin

| | |
|---|----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Innere Medizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 0100 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Evgeny Slavutsky |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin |
| Telefon | 037423 / 79 - 2312 |
| Fax | 037423 / 79 - 2719 |
| E-Mail | evgeny.slavutsky@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | Sorger Straße 51 |
| PLZ / Ort | 08626 Adorf |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

B-[1].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 nach § 135c SGB V | Keine Zielvereinbarung getroffen |
| Kommentar/Erläuterung | Es sind keine Zielvereinbarungen abweichend der Empfehlung der DKG getroffen worden. |

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VI00 | („Sonstiges“) | |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI34 | Elektrophysiologie | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI42 | Transfusionsmedizin | |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | |

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1867 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| I50 | 146 | Herzinsuffizienz |
| I10 | 135 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| J20 | 91 | Akute Bronchitis |
| I48 | 73 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| J18 | 70 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| R07 | 61 | Hals- und Brustschmerzen |
| A09 | 55 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| K29 | 53 | Gastritis und Duodenitis |
| N39 | 53 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| R55 | 53 | Synkope und Kollaps |
| R42 | 49 | Schwindel und Taumel |
| E11 | 47 | Diabetes mellitus, Typ 2 |
| R10 | 47 | Bauch- und Beckenschmerzen |
| J44 | 44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| E86 | 43 | Volumenmangel |
| J10 | 31 | Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren |
| G45 | 28 | Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome |
| R00 | 27 | Störungen des Herzschlages |
| I95 | 26 | Hypotonie |
| K59 | 26 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| R11 | 23 | Übelkeit und Erbrechen |
| I80 | 22 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis |
| R06 | 21 | Störungen der Atmung |
| I11 | 18 | Hypertensive Herzkrankheit |
| A04 | 17 | Sonstige bakterielle Darminfektionen |
| F10 | 17 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| I21 | 17 | Akuter Myokardinfarkt |
| K57 | 17 | Divertikulose des Darmes |
| D50 | 16 | Eisenmangelanämie |
| I47 | 15 | Paroxysmale Tachykardie |
| I63 | 15 | Hirnfarkt |
| A41 | 14 | Sonstige Sepsis |
| E87 | 14 | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts |
| A49 | 13 | Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| K70 | 13 | Alkoholische Leberkrankheit |
| K80 | 13 | Cholelithiasis |
| I20 | 12 | Angina pectoris |
| I49 | 11 | Sonstige kardiale Arrhythmien |
| K21 | 11 | Gastroösophageale Refluxkrankheit |
| K92 | 11 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems |
| R18 | 11 | Aszites |
| I26 | 10 | Lungenembolie |
| K85 | 10 | Akute Pankreatitis |
| M54 | 10 | Rückenschmerzen |
| T78 | 10 | Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert |
| D64 | 8 | Sonstige Anämien |
| K56 | 8 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| N23 | 7 | Nicht näher bezeichnete Nierenkolik |
| R22 | 7 | Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut |
| R51 | 7 | Kopfschmerz |
| R53 | 7 | Unwohlsein und Ermüdung |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| J06 | 6 | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege |
| J16 | 6 | Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert |
| K25 | 6 | Ulcus ventriculi |
| K52 | 6 | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| K83 | 6 | Sonstige Krankheiten der Gallenwege |
| N17 | 6 | Akutes Nierenversagen |
| N20 | 6 | Nieren- und Ureterstein |
| R40 | 6 | Somnolenz, Sopor und Koma |
| D46 | 5 | Myelodysplastische Syndrome |
| G40 | 5 | Epilepsie |
| J69 | 5 | Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen |
| J90 | 5 | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert |
| K63 | 5 | Sonstige Krankheiten des Darmes |
| A08 | 4 | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen |
| A46 | 4 | Erysipel [Wundrose] |
| D38 | 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe |
| I44 | 4 | Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock |
| I87 | 4 | Sonstige Venenkrankheiten |
| J45 | 4 | Asthma bronchiale |
| R26 | 4 | Störungen des Ganges und der Mobilität |
| R41 | 4 | Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen |
| R50 | 4 | Fieber sonstiger und unbekannter Ursache |
| R60 | 4 | Ödem, anderenorts nicht klassifiziert |
| Z45 | 4 | Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes |
| C25 | < 4 | Bösartige Neubildung des Pankreas |
| C78 | < 4 | Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane |
| E10 | < 4 | Diabetes mellitus, Typ 1 |
| F41 | < 4 | Andere Angststörungen |
| G43 | < 4 | Migräne |
| J15 | < 4 | Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert |
| J96 | < 4 | Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert |
| K26 | < 4 | Ulcus duodeni |
| K51 | < 4 | Colitis ulcerosa |
| M25 | < 4 | Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |
| N10 | < 4 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| R56 | < 4 | Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert |
| R63 | < 4 | Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen |
| T75 | < 4 | Schäden durch sonstige äußere Ursachen |
| A40 | < 4 | Streptokokkensepsis |
| B00 | < 4 | Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex] |
| B37 | < 4 | Kandidose |
| B99 | < 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| C15 | < 4 | Bösartige Neubildung des Ösophagus |
| C20 | < 4 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C34 | < 4 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge |
| C61 | < 4 | Bösartige Neubildung der Prostata |
| C85 | < 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms |
| D37 | < 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane |
| D39 | < 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane |
| D52 | < 4 | Folsäure-Mangelanämie |
| E05 | < 4 | Hyperthyreose [Thyreotoxikose] |
| E83 | < 4 | Störungen des Mineralstoffwechsels |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| G58 | \< 4 | Sonstige Mononeuropathien |
| I15 | \< 4 | Sekundäre Hypertonie |
| I33 | \< 4 | Akute und subakute Endokarditis |
| I61 | \< 4 | Intrazerebrale Blutung |
| I71 | \< 4 | Aortenaneurysma und -dissektion |
| J84 | \< 4 | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten |
| K22 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Ösophagus |
| K74 | \< 4 | Fibrose und Zirrhose der Leber |
| K76 | \< 4 | Sonstige Krankheiten der Leber |
| K86 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Pankreas |
| L23 | \< 4 | Allergische Kontaktdermatitis |
| M10 | \< 4 | Gicht |
| M17 | \< 4 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M79 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert |
| R09 | \< 4 | Sonstige Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen |
| R20 | \< 4 | Sensibilitätsstörungen der Haut |
| R29 | \< 4 | Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen |
| R31 | \< 4 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie |
| R47 | \< 4 | Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert |
| S22 | \< 4 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| T68 | \< 4 | Hypothermie |
| T81 | \< 4 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| T83 | \< 4 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt |
| A02 | \< 4 | Sonstige Salmonelleninfektionen |
| B02 | \< 4 | Zoster [Herpes zoster] |
| B26 | \< 4 | Mumps |
| B27 | \< 4 | Infektiöse Mononukleose |
| C18 | \< 4 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| C22 | \< 4 | Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge |
| C23 | \< 4 | Bösartige Neubildung der Gallenblase |
| C43 | \< 4 | Bösartiges Melanom der Haut |
| C50 | \< 4 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] |
| C56 | \< 4 | Bösartige Neubildung des Ovars |
| C64 | \< 4 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken |
| D41 | \< 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane |
| D61 | \< 4 | Sonstige aplastische Anämien |
| D62 | \< 4 | Akute Blutungsanämie |
| D70 | \< 4 | Agranulozytose und Neutropenie |
| E03 | \< 4 | Sonstige Hypothyreose |
| E13 | \< 4 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus |
| E16 | \< 4 | Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas |
| E66 | \< 4 | Adipositas |
| F05 | \< 4 | Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt |
| F29 | \< 4 | Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose |
| F32 | \< 4 | Depressive Episode |
| F45 | \< 4 | Somatoforme Störungen |
| G20 | \< 4 | Primäres Parkinson-Syndrom |
| G62 | \< 4 | Sonstige Polyneuropathien |
| G91 | \< 4 | Hydrozephalus |
| H81 | \< 4 | Störungen der Vestibularfunktion |
| H91 | \< 4 | Sonstiger Hörverlust |
| I31 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Perikards |
| I35 | \< 4 | Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten |
| I60 | \< 4 | Subarachnoidalblutung |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| I62 | \< 4 | Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung |
| I83 | \< 4 | Varizen der unteren Extremitäten |
| I99 | \< 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems |
| J40 | \< 4 | Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet |
| J42 | \< 4 | Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis |
| J70 | \< 4 | Krankheiten der Atmungsorgane durch sonstige exogene Substanzen |
| J85 | \< 4 | Abszess der Lunge und des Mediastinums |
| K20 | \< 4 | Ösophagitis |
| K31 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums |
| K50 | \< 4 | Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn] |
| K55 | \< 4 | Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K64 | \< 4 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose |
| K81 | \< 4 | Cholezystitis |
| L02 | \< 4 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| L29 | \< 4 | Pruritus |
| L50 | \< 4 | Urtikaria |
| M02 | \< 4 | Reaktive Arthritiden |
| M05 | \< 4 | Seropositive chronische Polyarthritiden |
| M13 | \< 4 | Sonstige Arthritis |
| M42 | \< 4 | Osteochondrose der Wirbelsäule |
| M43 | \< 4 | Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| M75 | \< 4 | Schulterläsionen |
| N04 | \< 4 | Nephrotisches Syndrom |
| N18 | \< 4 | Chronische Nierenkrankheit |
| N19 | \< 4 | Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz |
| N30 | \< 4 | Zystitis |
| N76 | \< 4 | Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva |
| R13 | \< 4 | Dysphagie |
| R17 | \< 4 | Gelbsucht, nicht näher bezeichnet |
| R19 | \< 4 | Sonstige Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen |
| R25 | \< 4 | Abnorme unwillkürliche Bewegungen |
| R33 | \< 4 | Harnverhaltung |
| S06 | \< 4 | Intrakranielle Verletzung |
| T14 | \< 4 | Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion |
| T18 | \< 4 | Fremdkörper im Verdauungstrakt |
| T38 | \< 4 | Vergiftung durch Hormone und deren synthetische Ersatzstoffe und Antagonisten, anderenorts nicht klassifiziert |
| T52 | \< 4 | Toxische Wirkung von organischen Lösungsmitteln |
| T58 | \< 4 | Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid |
| T59 | \< 4 | Toxische Wirkung sonstiger Gase, Dämpfe oder sonstigen Rauches |
| T82 | \< 4 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 3-200 | 448 | Native Computertomographie des Schädels |
| 9-984 | 338 | Pflegebedürftigkeit |
| 1-632 | 325 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 1-440 | 207 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 1-650 | 193 | Diagnostische Koloskopie |
| 3-225 | 104 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-222 | 92 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 3-207 | 74 | Native Computertomographie des Abdomens |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 8-800 | 60 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 3-202 | 51 | Native Computertomographie des Thorax |
| 1-444 | 44 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 8-98g | 34 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 9-200 | 29 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen |
| 5-513 | 28 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 5-452 | 27 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 1-620 | 19 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 3-203 | 19 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-469 | 17 | Andere Operationen am Darm |
| 8-152 | 17 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax |
| 8-987 | 16 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] |
| 8-831 | 14 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 8-930 | 13 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3-820 | 12 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 8-640 | 12 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus |
| 1-843 | 11 | Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus |
| 3-220 | 11 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 8-148 | 11 | Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben |
| 8-771 | 11 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 5-377 | 9 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders |
| 8-144 | 9 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 8-153 | 9 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 3-206 | 8 | Native Computertomographie des Beckens |
| 1-631 | 7 | Diagnostische Ösophagogastroskopie |
| 1-651 | 6 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 3-052 | 6 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 3-055 | 5 | Endosonographie der Gallenwege |
| 5-378 | 5 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators |
| 5-431 | 5 | Gastrostomie |
| 5-449 | 5 | Andere Operationen am Magen |
| 1-642 | 4 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege |
| 5-380 | 4 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen |
| 1-442 | < 4 | Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren |
| 1-654 | < 4 | Diagnostische Rektoskopie |
| 1-844 | < 4 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 3-056 | < 4 | Endosonographie des Pankreas |
| 3-221 | < 4 | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 5-455 | < 4 | Partielle Resektion des Dickdarmes |
| 8-701 | < 4 | Einfache endotracheale Intubation |
| 1-424 | < 4 | Biopsie ohne Inzision am Knochenmark |
| 1-853 | < 4 | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle |
| 3-205 | < 4 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-226 | < 4 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 3-806 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 5-541 | < 4 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 5-850 | < 4 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-895 | < 4 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 8-900 | < 4 | Intravenöse Anästhesie |
| 1-266 | < 4 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 1-559 | \< 4 | Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision |
| 1-586 | \< 4 | Biopsie an Lymphknoten durch Inzision |
| 1-694 | \< 4 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 1-712 | \< 4 | Spiroergometrie |
| 1-854 | \< 4 | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels |
| 3-058 | \< 4 | Endosonographie des Rektums |
| 3-201 | \< 4 | Native Computertomographie des Halses |
| 3-701 | \< 4 | Szintigraphie der Schilddrüse |
| 5-381 | \< 4 | Endarteriektomie |
| 5-399 | \< 4 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-460 | \< 4 | Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff |
| 5-463 | \< 4 | Anlegen anderer Enterostomata |
| 5-536 | \< 4 | Verschluss einer Narbenhernie |
| 5-790 | \< 4 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-864 | \< 4 | Amputation und Exartikulation untere Extremität |
| 5-892 | \< 4 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 5-894 | \< 4 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-896 | \< 4 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-900 | \< 4 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 5-930 | \< 4 | Art des Transplantates |
| 8-176 | \< 4 | Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss |
| 8-201 | \< 4 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|-----------------------|--|
| AM07 | Privatambulanz | private Chefarztsprechstunde für Selbstzahler | | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Notaufnahme | | Die Notaufnahme der Klinik steht 24 Stunden für die Patientenbehandlung zur Verfügung. |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | | | Sprechstunde zur Abklärung der stationären Notwendigkeit |

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 1-650 | 481 | Diagnostische Koloskopie |
| 1-444 | 132 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 5-452 | 101 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 6,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 6,0 |
| Fälle je VK/Person | 311,16666 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,3 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,3 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,3 |
| Fälle je VK/Person | 811,73913 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 10,8 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,8 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 10,8 |
| Fälle je VK/Person | 172,87037 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

B-[2].1 Allgemeine Chirurgie

| | |
|--|----------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Allgemeine Chirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dipl.-Med. Dieter Haugk, *Dr. med. Frank Storl |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Abteilung für Allgemein-/Visceralchirurgie *Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie/Orthopädie |
| Telefon | 037423 / 79 - 2332 |
| Fax | 037423 / 79 - 2718 |
| E-Mail | adorf@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | Sorger Straße 51 |
| PLZ / Ort | 08626 Adorf |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

| | |
|-------------------------------|--|
| Name | Dipl.-Med. Andreas Dunger, *Prof. Dr. Peter Hügler |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Abteilung für Schmerztherapie *Chefarzt der Abteilung für Neuromodulation/Invasive Schmerztherapie |
| Telefon | 037423 / 79 - 2410 |
| Fax | 037423 / 79 - 2406 |
| E-Mail | adorf@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | Sorger Straße 51 |
| PLZ / Ort | 08626 Adorf |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

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

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

Kommentar/Erläuterung

Es sind keine
Zielvereinbarungen
abweichend der
Empfehlung der
DKG vereinbart
worden.

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |
| VC24 | Tumorchirurgie | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC62 | Portimplantation | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VC68 | Mammachirurgie | |
| VC69 | Verbrennungschirurgie | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VD01 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren | |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VD09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde | |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut | |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VN23 | Schmerztherapie | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VU18 | Schmerztherapie | |

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1598 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| M54 | 243 | Rückenschmerzen |
| I70 | 75 | Atherosklerose |
| M17 | 72 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M53 | 69 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert |
| M16 | 62 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| M25 | 62 | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |
| S06 | 54 | Intrakranielle Verletzung |
| S72 | 51 | Fraktur des Femurs |
| M79 | 42 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert |
| T84 | 38 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| K80 | 36 | Cholelithiasis |
| S52 | 36 | Fraktur des Unterarmes |
| S82 | 35 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| K40 | 31 | Hernia inguinalis |
| K35 | 24 | Akute Appendizitis |
| S42 | 24 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| I83 | 22 | Varizen der unteren Extremitäten |
| S32 | 22 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| K57 | 21 | Divertikulose des Darmes |
| T85 | 21 | Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate |
| L03 | 19 | Phlegmone |
| G62 | 18 | Sonstige Polyneuropathien |
| S22 | 18 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| L02 | 17 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| M51 | 17 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| C18 | 15 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| G57 | 15 | Mononeuropathien der unteren Extremität |
| G58 | 15 | Sonstige Mononeuropathien |
| K42 | 15 | Hernia umbilicalis |
| K56 | 15 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| K43 | 13 | Hernia ventralis |
| A46 | 12 | Erysipel [Wundrose] |
| E11 | 12 | Diabetes mellitus, Typ 2 |
| F45 | 12 | Somatoforme Störungen |
| G54 | 12 | Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus |
| M96 | 12 | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| M48 | 11 | Sonstige Spondylopathien |
| M89 | 11 | Sonstige Knochenkrankheiten |
| R10 | 11 | Bauch- und Beckenschmerzen |
| T81 | 10 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| M23 | 9 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| B02 | 8 | Zoster [Herpes zoster] |
| G44 | 8 | Sonstige Kopfschmerzsyndrome |
| K64 | 8 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose |
| M47 | 8 | Spondylose |
| S30 | 8 | Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| C20 | 7 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| S92 | 7 | Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk] |
| C44 | 6 | Sonstige bösartige Neubildungen der Haut |
| K60 | 6 | Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion |
| M75 | 6 | Schulterläsionen |
| C21 | 5 | Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals |
| I74 | 5 | Arterielle Embolie und Thrombose |
| K59 | 5 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| S13 | 5 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe |
| S43 | 5 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels |
| S70 | 5 | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels |
| S83 | 5 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes |
| D12 | 4 | Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus |
| K36 | 4 | Sonstige Appendizitis |
| L05 | 4 | Pilonidalzyste |
| M10 | 4 | Gicht |
| M19 | 4 | Sonstige Arthrose |
| S76 | 4 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels |
| S86 | 4 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels |
| T82 | 4 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| C80 | < 4 | Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation |
| I50 | < 4 | Herzinsuffizienz |
| I65 | < 4 | Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt |
| I87 | < 4 | Sonstige Venenkrankheiten |
| K61 | < 4 | Abszess in der Anal- und Rektalregion |
| K62 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums |
| K85 | < 4 | Akute Pankreatitis |
| M70 | < 4 | Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck |
| S53 | < 4 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Ellenbogengelenkes und von Bändern des Ellenbogens |
| S73 | < 4 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte |
| S80 | < 4 | Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels |
| S93 | < 4 | Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes |
| E04 | < 4 | Sonstige nichttoxische Struma |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| E05 | \< 4 | Hyperthyreose [Thyreotoxikose] |
| G50 | \< 4 | Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv] |
| G56 | \< 4 | Mononeuropathien der oberen Extremität |
| I10 | \< 4 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| I63 | \< 4 | Hirinfarkt |
| J93 | \< 4 | Pneumothorax |
| K25 | \< 4 | Ulcus ventriculi |
| K63 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Darmes |
| K66 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Peritoneums |
| K81 | \< 4 | Cholezystitis |
| L89 | \< 4 | Dekubitalgeschwür und Druckzone |
| L97 | \< 4 | Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert |
| M50 | \< 4 | Zervikale Bandscheibenschäden |
| M80 | \< 4 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur |
| M94 | \< 4 | Sonstige Knorpelkrankheiten |
| R51 | \< 4 | Kopfschmerz |
| S02 | \< 4 | Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen |
| S12 | \< 4 | Fraktur im Bereich des Halses |
| A09 | \< 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| A41 | \< 4 | Sonstige Sepsis |
| C25 | \< 4 | Bösartige Neubildung des Pankreas |
| C56 | \< 4 | Bösartige Neubildung des Ovars |
| C79 | \< 4 | Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen |
| C90 | \< 4 | Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen |
| D01 | \< 4 | Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane |
| D48 | \< 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen |
| D62 | \< 4 | Akute Blutungsanämie |
| D68 | \< 4 | Sonstige Koagulopathien |
| G61 | \< 4 | Polyneuritis |
| I73 | \< 4 | Sonstige periphere Gefäßkrankheiten |
| K26 | \< 4 | Ulcus duodeni |
| K31 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum |
| K41 | \< 4 | Hernia femoralis |
| K44 | \< 4 | Hernia diaphragmatica |
| K50 | \< 4 | Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn] |
| K86 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Pankreas |
| K91 | \< 4 | Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| L60 | \< 4 | Krankheiten der Nägel |
| L72 | \< 4 | Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut |
| L90 | \< 4 | Atrophische Hautkrankheiten |
| M00 | \< 4 | Eitrige Arthritis |
| M13 | \< 4 | Sonstige Arthritis |
| M46 | \< 4 | Sonstige entzündliche Spondylopathien |
| M62 | \< 4 | Sonstige Muskelkrankheiten |
| M65 | \< 4 | Synovitis und Tenosynovitis |
| M67 | \< 4 | Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| M71 | \< 4 | Sonstige Bursopathien |
| M76 | \< 4 | Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes |
| M77 | \< 4 | Sonstige Enthesopathien |
| M93 | \< 4 | Sonstige Osteochondropathien |
| N10 | \< 4 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| N13 | \< 4 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| N49 | \< 4 | Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert |
| Q64 | \< 4 | Sonstige angeborene Fehlbildungen des Harnsystems |
| R02 | \< 4 | Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert |
| R07 | \< 4 | Hals- und Brustschmerzen |
| R19 | \< 4 | Sonstige Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen |
| R41 | \< 4 | Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen |
| R52 | \< 4 | Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert |
| R60 | \< 4 | Ödem, anderenorts nicht klassifiziert |
| S20 | \< 4 | Oberflächliche Verletzung des Thorax |
| S27 | \< 4 | Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe |
| S36 | \< 4 | Verletzung von intraabdominalen Organen |
| S61 | \< 4 | Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand |
| S62 | \< 4 | Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand |
| S66 | \< 4 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand |
| S68 | \< 4 | Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand |
| S81 | \< 4 | Offene Wunde des Unterschenkels |
| S90 | \< 4 | Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes |
| S91 | \< 4 | Offene Wunde der Knöchelregion und des Fußes |
| T79 | \< 4 | Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert |
| T87 | \< 4 | Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind |
| T88 | \< 4 | Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert |
| T89 | \< 4 | Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas |

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 8-918 | 266 | Multimodale Schmerztherapie |
| 9-984 | 128 | Pflegebedürftigkeit |
| 3-203 | 115 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-200 | 110 | Native Computertomographie des Schädels |
| 8-977 | 102 | Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems |
| 8-915 | 90 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |
| 5-820 | 88 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5-039 | 86 | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen |
| 3-225 | 84 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5-794 | 81 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 8-631 | 74 | Neurostimulation |
| 5-032 | 70 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis |
| 5-790 | 66 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-822 | 66 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 9-500 | 63 | Patientenschulung |
| 5-916 | 56 | Temporäre Weichteildeckung |
| 3-205 | 55 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-207 | 52 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-206 | 46 | Native Computertomographie des Beckens |
| 1-798 | 44 | Instrumentelle 3D-Ganganalyse |
| 5-932 | 43 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 5-385 | 39 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |
| 5-895 | 38 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---------------------------|---------------|---|
| 5-793 | 37 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 8-800 | 36 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 5-511 | 33 | Cholezystektomie |
| 5-892 | 32 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 3-222 | 30 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 5-530 | 30 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 3-202 | 28 | Native Computertomographie des Thorax |
| 5-850 | 28 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-470 | 27 | Appendektomie |
| 5-829 | 27 | Andere gelenkplastische Eingriffe |
| 3-806 | 26 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 5-381 | 26 | Endarteriektomie |
| 5-787 | 26 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-900 | 25 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 5-455 | 24 | Partielle Resektion des Dickdarmes |
| 5-534 | 22 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 5-930 | 21 | Art des Transplantates |
| 5-395 | 20 | Patchplastik an Blutgefäßen |
| 5-839 | 20 | Andere Operationen an der Wirbelsäule |
| 5-83b | 20 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule |
| 8-201 | 20 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |
| 5-380 | 19 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen |
| 5-393 | 19 | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen |
| 1-650 | 18 | Diagnostische Koloskopie |
| 5-812 | 18 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 8-190 | 18 | Spezielle Verbandstechniken |
| 5-865 | 17 | Amputation und Exartikulation Fuß |
| 5-785 | 16 | Implantation von alloplastischem Knochenersatz |
| 5-896 | 16 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 1-632 | 15 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 5-823 | 15 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5-869 | 14 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen |
| 8-930 | 14 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3-227 | 13 | Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 5-810 | 13 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 8-831 | 13 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 1-444 | 12 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 5-490 | 12 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 5-031 | 11 | Zugang zur Brustwirbelsäule |
| 5-800 | 11 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes |
| 5-821 | 11 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 1-440 | 10 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 5-059 | 10 | Andere Operationen an Nerven und Ganglien |
| 5-855 | 10 | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnnenscheide |
| 5-986 | 10 | Minimalinvasive Technik |
| 5-493 | 9 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |
| 5-513 | 9 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 5-805 | 9 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 5-806 | 9 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 8-914 | 9 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie |
| 5-469 | 8 | Andere Operationen am Darm |
| 5-491 | 8 | Operative Behandlung von Analfisteln |
| 5-784 | 8 | Knochentransplantation und -transposition |
| 5-831 | 8 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe |
| 5-984 | 8 | Mikrochirurgische Technik |
| 5-394 | 7 | Revision einer Blutgefäßoperation |
| 5-536 | 7 | Verschluss einer Narbenhernie |
| 5-792 | 7 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-83w | 7 | Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule |
| 5-864 | 7 | Amputation und Exartikulation untere Extremität |
| 5-894 | 7 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-399 | 6 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-460 | 6 | Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff |
| 5-780 | 6 | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch |
| 5-832 | 6 | Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule |
| 5-851 | 6 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-859 | 6 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln |
| 8-210 | 6 | Brisement force |
| 9-200 | 6 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen |
| 1-654 | 5 | Diagnostische Rektoskopie |
| 1-854 | 5 | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels |
| 5-038 | 5 | Operationen am spinalen Liquorsystem |
| 5-431 | 5 | Gastrostomie |
| 5-492 | 5 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals |
| 5-79b | 5 | Offene Reposition einer Gelenkluxation |
| 5-801 | 5 | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-835 | 5 | Knochenersatz an der Wirbelsäule |
| 5-837 | 5 | Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule |
| 5-83a | 5 | Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie) |
| 8-917 | 5 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie |
| 1-651 | 4 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 3-220 | 4 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 5-033 | 4 | Inzision des Spinalkanals |
| 5-069 | 4 | Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen |
| 5-464 | 4 | Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma |
| 5-535 | 4 | Verschluss einer Hernia epigastrica |
| 5-789 | 4 | Andere Operationen am Knochen |
| 5-796 | 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen |
| 5-824 | 4 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität |
| 5-898 | 4 | Operationen am Nagelorgan |
| 8-144 | 4 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 8-192 | 4 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde |
| 3-226 | < 4 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 5-063 | < 4 | Thyreoidektomie |
| 5-465 | < 4 | Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas |
| 5-471 | < 4 | Simultane Appendektomie |
| 5-546 | < 4 | Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum |
| 5-786 | < 4 | Osteosyntheseverfahren |
| 5-797 | < 4 | Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus |
| 5-807 | < 4 | Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke |
| 5-814 | < 4 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 5-840 | \< 4 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 5-897 | \< 4 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis |
| 5-938 | \< 4 | Art der Beschichtung von Gefäßprothesen |
| 8-987 | \< 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] |
| 1-490 | \< 4 | Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut |
| 1-631 | \< 4 | Diagnostische Ösophagogastroskopie |
| 3-052 | \< 4 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 3-820 | \< 4 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-825 | \< 4 | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-82a | \< 4 | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 5-270 | \< 4 | Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich |
| 5-448 | \< 4 | Andere Rekonstruktion am Magen |
| 5-484 | \< 4 | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung |
| 5-542 | \< 4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand |
| 5-545 | \< 4 | Verschluss von Bauchwand und Peritoneum |
| 5-782 | \< 4 | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe |
| 5-783 | \< 4 | Entnahme eines Knochentransplantates |
| 5-791 | \< 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-795 | \< 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen |
| 5-802 | \< 4 | Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes |
| 5-811 | \< 4 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 5-815 | \< 4 | Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk |
| 5-856 | \< 4 | Rekonstruktion von Faszien |
| 5-863 | \< 4 | Amputation und Exartikulation Hand |
| 5-902 | \< 4 | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle |
| 8-020 | \< 4 | Therapeutische Injektion |
| 8-158 | \< 4 | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes |
| 8-803 | \< 4 | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut |
| 8-836 | \< 4 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention |
| 8-98g | \< 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 1-447 | \< 4 | Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas |
| 1-449 | \< 4 | Andere Biopsie ohne Inzision an anderen Verdauungsorganen |
| 1-502 | \< 4 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision |
| 1-652 | \< 4 | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma |
| 1-694 | \< 4 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 1-697 | \< 4 | Diagnostische Arthroskopie |
| 1-844 | \< 4 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 1-911 | \< 4 | Erweiterte apparativ-überwachte interventionelle Schmerzdiagnostik mit standardisierter Erfolgskontrolle |
| 3-056 | \< 4 | Endosonographie des Pankreas |
| 3-058 | \< 4 | Endosonographie des Rektums |
| 3-05a | \< 4 | Endosonographie des Retroperitonealraumes |
| 3-201 | \< 4 | Native Computertomographie des Halses |
| 3-228 | \< 4 | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 3-22x | \< 4 | Andere Computertomographie mit Kontrastmittel |
| 3-241 | \< 4 | CT-Myelographie |
| 5-036 | \< 4 | Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten |
| 5-061 | \< 4 | Hemithyreoidektomie |
| 5-216 | \< 4 | Reposition einer Nasenfraktur |
| 5-389 | \< 4 | Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen |
| 5-390 | \< 4 | Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf [Links-Rechts-Shunt] |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 5-401 | \< 4 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße |
| 5-434 | \< 4 | Atypische partielle Magenresektion |
| 5-452 | \< 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 5-454 | \< 4 | Resektion des Dünndarmes |
| 5-459 | \< 4 | Bypass-Anastomose des Darmes |
| 5-462 | \< 4 | Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes |
| 5-463 | \< 4 | Anlegen anderer Enterostomata |
| 5-482 | \< 4 | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums |
| 5-485 | \< 4 | Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung |
| 5-499 | \< 4 | Andere Operationen am Anus |
| 5-501 | \< 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion) |
| 5-531 | \< 4 | Verschluss einer Hernia femoralis |
| 5-538 | \< 4 | Verschluss einer Hernia diaphragmatica |
| 5-541 | \< 4 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 5-543 | \< 4 | Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe |
| 5-578 | \< 4 | Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase |
| 5-611 | \< 4 | Operation einer Hydrocele testis |
| 5-622 | \< 4 | Orchidektomie |
| 5-704 | \< 4 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik |
| 5-798 | \< 4 | Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur |
| 5-803 | \< 4 | Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk |
| 5-809 | \< 4 | Andere Gelenkoperationen |
| 5-813 | \< 4 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes |
| 5-825 | \< 4 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität |
| 5-836 | \< 4 | Spondylodese |
| 5-852 | \< 4 | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-866 | \< 4 | Revision eines Amputationsgebietes |
| 5-891 | \< 4 | Inzision eines Sinus pilonidalis |
| 5-901 | \< 4 | Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle |
| 5-983 | \< 4 | Reoperation |
| 5-995 | \< 4 | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt) |
| 8-102 | \< 4 | Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne Inzision |
| 8-123 | \< 4 | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters |
| 8-153 | \< 4 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 8-159 | \< 4 | Andere therapeutische perkutane Punktion |
| 8-200 | \< 4 | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese |
| 8-506 | \< 4 | Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen |
| 8-771 | \< 4 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-812 | \< 4 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 8-910 | \< 4 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 8-916 | \< 4 | Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie |
| 8-931 | \< 4 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes |
| 8-980 | \< 4 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz | Privatsprechstunde CA | | private |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|-----------------------|---|
| | | DM Dieter Haugk, CA Dr. Frank Storl, CA DM Andreas Dunger, CA Dr. Peter Hügler | | Chefarztsprechstunde für Selbstzahler |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Notaufnahme | | Die Notaufnahme der Klinik steht 24 Stunden für die Patientenbehandlung zur Verfügung. |
| AM09 | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz | Durchgangsarzt-Sprechstunde | | Sprechstunde für Arbeitsunfälle |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | MVZ-Sprechstunden | | Im Rahmen des MVZ erfolgen Sprechstunden für die Bereiche Allgemein-/Bauchchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Schmerztherapie. Im Bereich der Orthopädie liegt eine Zertifizierung als EndoProthetikZentrum vor (EPZ-Sprechstunde). |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Sprechstunde zur Abklärung der stationären Notwendigkeit | | Sprechstunde zur Abklärung der stationären Notwendigkeit |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) | | | Sprechstunde der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin |

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 5-812 | 65 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-787 | 54 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-810 | 54 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 1-697 | 22 | Diagnostische Arthroskopie |
| 5-385 | 16 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |
| 5-530 | 11 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 5-056 | 10 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 5-811 | 5 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 5-534 | 4 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 5-840 | 4 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 1-650 | < 4 | Diagnostische Koloskopie |
| 5-039 | < 4 | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen |
| 5-790 | < 4 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 8-200 | < 4 | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese |
| 5-399 | < 4 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-491 | < 4 | Operative Behandlung von Analfisteln |
| 1-444 | < 4 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------|--------|---|
| 5-378 | \< 4 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators |
| 5-492 | \< 4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals |
| 5-535 | \< 4 | Verschluss einer Hernia epigastrica |
| 5-795 | \< 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen |
| 5-79b | \< 4 | Offene Reposition einer Gelenkluxation |
| 5-841 | \< 4 | Operationen an Bändern der Hand |
| 5-842 | \< 4 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger |
| 8-201 | \< 4 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Ja

Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | | |
|---|-----------|---|
| Anzahl Vollkräfte | 8,3 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,3 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | Die Sprechstunden im Bereich Chirurgie / Orthopädie und Schmerztherapie erfolgen im Paracelsus-MVZ. |
| Stationäre Versorgung | 8,3 | |
| Fälle je VK/Person | 192,53012 | |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | | |
|--|-----------|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 6,1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 6,1 | |
| Fälle je VK/Person | 261,96721 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie | |
| AQ06 | Allgemeinchirurgie | |
| AQ07 | Gefäßchirurgie | |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement | |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 19,9 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 19,9 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 19,9 |
| Fälle je VK/Person | 80,30150 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

| | | |
|--|------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 1,0 | |
| Fälle je VK/Person | 1598,00000 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 40,00 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

B-[3].1 Orthopädie

| | |
|---|----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Orthopädie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2300 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Name | Orthopädisches Gelenkzentrum Plauen |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Orthopädie |
| Telefon | 03741 / 7194141 |
| Fax | |
| E-Mail | info@gelenkzentrum-plauen.de |
| Strasse / Hausnummer | Postplatz 3-4 |
| PLZ / Ort | 08523 Plauen |
| URL | https://www.gelenkzentrum-plauen.de |

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Praxisklinik Dr. med. Thomas M. Glombik |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirurgie, Spezielle Unfallchirurgie |
| Telefon | 09281 / 730910 |
| Fax | |
| E-Mail | praxis@dr-glombik-hof.de |
| Strasse / Hausnummer | Wunsiedler Straße 59 |
| PLZ / Ort | 95032 Hof |
| URL | https://dr-glombik-hof.de |

B-[3].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 nach § 135c SGB V | Keine Zielvereinbarung getroffen |
| Kommentar/Erläuterung | |

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 747 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| M17 | 267 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M75 | 168 | Schulterläsionen |
| M16 | 152 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| T84 | 60 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| M19 | 22 | Sonstige Arthrose |
| M20 | 18 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen |
| M23 | 16 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| M25 | 9 | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |
| S83 | 6 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes |
| T81 | 6 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| M06 | \< 4 | Sonstige chronische Polyarthritiden |
| M87 | \< 4 | Knochennekrose |
| M65 | \< 4 | Synovitis und Tenosynovitis |
| M84 | \< 4 | Veränderungen der Knochenkontinuität |
| S72 | \< 4 | Fraktur des Femurs |
| S86 | \< 4 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels |
| C85 | \< 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms |
| E87 | \< 4 | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts |
| M21 | \< 4 | Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten |
| M71 | \< 4 | Sonstige Bursopathien |
| M93 | \< 4 | Sonstige Osteochondropathien |
| M94 | \< 4 | Sonstige Knorpelkrankheiten |
| S42 | \< 4 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| S43 | \< 4 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels |
| S82 | \< 4 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 8-915 | 345 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |
| 5-822 | 273 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5-820 | 156 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5-805 | 149 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 5-814 | 137 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 5-823 | 38 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5-819 | 33 | Andere arthroskopische Operationen |
| 5-782 | 32 | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe |
| 5-786 | 29 | Osteosyntheseverfahren |
| 5-829 | 27 | Andere gelenkplastische Eingriffe |
| 5-869 | 26 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen |
| 5-855 | 24 | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide |
| 5-824 | 21 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität |
| 8-210 | 18 | Brisement force |
| 5-784 | 17 | Knochen transplantation und -transposition |
| 5-812 | 15 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 8-800 | 15 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 5-808 | 14 | Offen chirurgische Arthrodesen |
| 5-788 | 13 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |
| 5-813 | 13 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes |
| 5-787 | 11 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-800 | 10 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes |
| 5-811 | 8 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 9-984 | 7 | Pflegebedürftigkeit |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 5-785 | 5 | Implantation von alloplastischem Knochenersatz |
| 5-821 | 5 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5-854 | 5 | Rekonstruktion von Sehnen |
| 3-222 | 4 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 5-810 | 4 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 5-895 | 4 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 8-158 | 4 | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes |
| 3-202 | \< 4 | Native Computertomographie des Thorax |
| 5-780 | \< 4 | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch |
| 5-851 | \< 4 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-896 | \< 4 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 8-930 | \< 4 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3-200 | \< 4 | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-206 | \< 4 | Native Computertomographie des Beckens |
| 5-793 | \< 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-804 | \< 4 | Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat |
| 5-859 | \< 4 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln |
| 5-892 | \< 4 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 5-904 | \< 4 | Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle |
| 1-482 | \< 4 | Arthroskopische Biopsie an Gelenken |
| 1-620 | \< 4 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 1-854 | \< 4 | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels |
| 3-203 | \< 4 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-225 | \< 4 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5-781 | \< 4 | Osteotomie und Korrekturosteotomie |
| 5-783 | \< 4 | Entnahme eines Knochentransplantates |
| 5-801 | \< 4 | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-809 | \< 4 | Andere Gelenkoperationen |
| 5-815 | \< 4 | Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk |
| 5-825 | \< 4 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität |
| 5-841 | \< 4 | Operationen an Bändern der Hand |
| 5-850 | \< 4 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-857 | \< 4 | Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien |
| 5-894 | \< 4 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-900 | \< 4 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 5-905 | \< 4 | Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle |
| 5-916 | \< 4 | Temporäre Weichteildeckung |
| 5-983 | \< 4 | Reoperation |
| 8-190 | \< 4 | Spezielle Verbandstechniken |
| 8-980 | \< 4 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|---------------------|--|
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | | | Ambulante Behandlungen von Herrn Dr. Glombik erfolgen am Paracelsus-MVZ Standort Oelsnitz. |

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 5-812 | 282 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-810 | 20 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 5-787 | 11 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-788 | 7 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |
| 5-808 | 5 | Offen chirurgische Arthrodesen |
| 5-859 | 4 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln |
| 1-697 | \< 4 | Diagnostische Arthroskopie |
| 5-811 | \< 4 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 5-841 | \< 4 | Operationen an Bändern der Hand |
| 5-813 | \< 4 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes |
| 5-851 | \< 4 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-852 | \< 4 | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie |

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,9 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,9 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,9 |
| Fälle je VK/Person | 830,00000 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | | |
|--|-----------|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,9 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,9 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | Die Sprechstunden erfolgen in den Praxen der Ärzte bzw. im Paracelsus-MVZ. |
| Stationäre Versorgung | 0,9 | |
| Fälle je VK/Person | 830,00000 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|--------------------|-----------|
| Anzahl Personen | 2 |
| Fälle je VK/Person | 373,50000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie | |
| ZF44 | Sportmedizin | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | | |
|--|----------|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 10,2 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 10,2 | |
| Fälle je VK/Person | 73,23529 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 40,00 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|--------------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |

B-[4].1 Intensivmedizin

| | |
|--|-----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Intensivmedizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 3600 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Martin Ebert |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin |
| Telefon | 037423 / 79 - 2322 |
| Fax | 037423 / 79 - 2720 |
| E-Mail | martin.ebert@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | Sorger Straße 51 |
| PLZ / Ort | 08626 Adorf |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

Es sind keine
Zielvereinbarungen
abweichend der
Empfehlung der
DKG vereinbart
worden.

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 70 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| I50 | 10 | Herzinsuffizienz |
| A41 | 5 | Sonstige Sepsis |
| F10 | 5 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| I21 | 4 | Akuter Myokardinfarkt |
| K56 | 4 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| K57 | 4 | Divertikulose des Darmes |
| A09 | < 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| G40 | < 4 | Epilepsie |
| I26 | < 4 | Lungenembolie |
| I74 | < 4 | Arterielle Embolie und Thrombose |
| J18 | < 4 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| J44 | < 4 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| M16 | < 4 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| S22 | < 4 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| A04 | < 4 | Sonstige bakterielle Darminfektionen |
| A40 | < 4 | Streptokokkensepsis |
| E11 | < 4 | Diabetes mellitus, Typ 2 |
| F11 | < 4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide |
| I33 | < 4 | Akute und subakute Endokarditis |
| I44 | < 4 | Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock |
| I65 | < 4 | Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt |
| J93 | < 4 | Pneumothorax |
| J94 | < 4 | Sonstige Krankheitszustände der Pleura |
| J95 | < 4 | Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| K20 | < 4 | Ösophagitis |
| K59 | < 4 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| K92 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems |
| L03 | < 4 | Phlegmone |
| M54 | < 4 | Rückenschmerzen |
| M87 | < 4 | Knochennekrose |
| S27 | < 4 | Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe |
| S32 | < 4 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| S72 | < 4 | Fraktur des Femurs |
| T17 | < 4 | Fremdkörper in den Atemwegen |
| T68 | < 4 | Hypothermie |
| T84 | < 4 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 8-930 | 417 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8-831 | 165 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 8-800 | 72 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 3-202 | 42 | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-200 | 39 | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-225 | 33 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-222 | 28 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 8-701 | 28 | Einfache endotracheale Intubation |
| 8-144 | 25 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 1-632 | 23 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 8-910 | 22 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 8-931 | 20 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes |
| 1-620 | 16 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 1-650 | 15 | Diagnostische Koloskopie |
| 3-207 | 15 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 5-469 | 14 | Andere Operationen am Darm |
| 8-915 | 13 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |
| 9-984 | 11 | Pflegebedürftigkeit |
| 5-790 | 10 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 3-220 | 9 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 5-455 | 9 | Partielle Resektion des Dickdarmes |
| 5-449 | 8 | Andere Operationen am Magen |
| 3-203 | 7 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-829 | 7 | Andere gelenkplastische Eingriffe |
| 8-980 | 7 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |
| 3-052 | 6 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 5-381 | 6 | Endarteriektomie |
| 5-541 | 6 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 5-820 | 6 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5-822 | 6 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 8-771 | 6 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-812 | 6 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 1-444 | 5 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 5-380 | 5 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen |
| 5-454 | 5 | Resektion des Dünndarmes |
| 5-821 | 5 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 8-836 | 5 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention |
| 1-440 | 4 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 8-176 | 4 | Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss |
| 8-640 | 4 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus |
| 3-806 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 5-032 | < 4 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis |
| 5-393 | < 4 | Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen |
| 5-394 | < 4 | Revision einer Blutgefäßoperation |
| 5-395 | < 4 | Patchplastik an Blutgefäßen |
| 5-460 | < 4 | Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff |
| 5-490 | < 4 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 5-784 | < 4 | Knochen transplantation und -transposition |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 5-794 | \< 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-823 | \< 4 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5-839 | \< 4 | Andere Operationen an der Wirbelsäule |
| 5-930 | \< 4 | Art des Transplantates |
| 8-152 | \< 4 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax |
| 1-279 | \< 4 | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen |
| 1-631 | \< 4 | Diagnostische Ösophagogastroskopie |
| 1-654 | \< 4 | Diagnostische Rektoskopie |
| 1-843 | \< 4 | Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus |
| 3-206 | \< 4 | Native Computertomographie des Beckens |
| 5-033 | \< 4 | Inzision des Spinalkanals |
| 5-311 | \< 4 | Temporäre Tracheostomie |
| 5-399 | \< 4 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-431 | \< 4 | Gastrostomie |
| 5-462 | \< 4 | Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes |
| 5-467 | \< 4 | Andere Rekonstruktion des Darmes |
| 5-793 | \< 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-798 | \< 4 | Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur |
| 5-831 | \< 4 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe |
| 5-836 | \< 4 | Spondylodese |
| 5-83b | \< 4 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule |
| 5-850 | \< 4 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-864 | \< 4 | Amputation und Exartikulation untere Extremität |
| 5-892 | \< 4 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 5-916 | \< 4 | Temporäre Weichteildeckung |
| 5-938 | \< 4 | Art der Beschichtung von Gefäßprothesen |
| 8-020 | \< 4 | Therapeutische Injektion |
| 8-179 | \< 4 | Andere therapeutische Spülungen |
| 8-190 | \< 4 | Spezielle Verbandstechniken |
| 8-803 | \< 4 | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut |
| 8-854 | \< 4 | Hämodialyse |
| 8-987 | \< 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] |
| 1-503 | \< 4 | Biopsie an Knochen durch Inzision |
| 1-651 | \< 4 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 1-853 | \< 4 | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle |
| 3-201 | \< 4 | Native Computertomographie des Halses |
| 3-205 | \< 4 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-221 | \< 4 | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-227 | \< 4 | Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 3-703 | \< 4 | Szintigraphie der Lunge |
| 5-031 | \< 4 | Zugang zur Brustwirbelsäule |
| 5-377 | \< 4 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders |
| 5-383 | \< 4 | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen |
| 5-385 | \< 4 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |
| 5-419 | \< 4 | Andere Operationen an der Milz |
| 5-429 | \< 4 | Andere Operationen am Ösophagus |
| 5-436 | \< 4 | Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion) |
| 5-445 | \< 4 | Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren] |
| 5-451 | \< 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes |
| 5-459 | \< 4 | Bypass-Anastomose des Darmes |
| 5-463 | \< 4 | Anlegen anderer Enterostomata |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 5-470 | \< 4 | Appendektomie |
| 5-489 | \< 4 | Andere Operation am Rektum |
| 5-511 | \< 4 | Cholezystektomie |
| 5-536 | \< 4 | Verschluss einer Narbenhernie |
| 5-545 | \< 4 | Verschluss von Bauchwand und Peritoneum |
| 5-590 | \< 4 | Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe |
| 5-652 | \< 4 | Ovariectomie |
| 5-786 | \< 4 | Osteosyntheseverfahren |
| 5-787 | \< 4 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-805 | \< 4 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 5-824 | \< 4 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität |
| 5-828 | \< 4 | Implantation, Revision, Wechsel und Entfernung eines Knochenteilersatzes und Knochentotalersatzes |
| 5-832 | \< 4 | Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule |
| 5-851 | \< 4 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-896 | \< 4 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-900 | \< 4 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 5-932 | \< 4 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 5-984 | \< 4 | Mikrochirurgische Technik |
| 5-986 | \< 4 | Minimalinvasive Technik |
| 8-148 | \< 4 | Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben |
| 8-153 | \< 4 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 8-641 | \< 4 | Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus |
| 8-810 | \< 4 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 8-932 | \< 4 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes |
| 8-98g | \< 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| AM07 | Privatambulanz | Privatsprechstunde | | private Chefarztsprechstunde für Selbstzahler |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Notaufnahme | | Die Notaufnahme steht 24 Stunden für die Patientenbehandlung zur Verfügung. |

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 5,8 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,8 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 5,8 |
| Fälle je VK/Person | 12,06896 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 3,3 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,3 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 3,3 |
| Fälle je VK/Person | 21,21212 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|--|---------|
| Anzahl Vollkräfte | 9,7 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,7 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 9,7 |
| Fälle je VK/Person | 7,21649 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

B-[5].1 Geriatrie

| | |
|--|----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Geriatrie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3700 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dipl.-Med. Barbara Ludwig |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin der Abteilung für Geriatrie |
| Telefon | 037423 / 79 - 2312 |
| Fax | 037423 / 79 - 2719 |
| E-Mail | barbara.ludwig@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | Sorger Straße 51 |
| PLZ / Ort | 08626 Adorf |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Prof. Dr. med. Jörg Schulz |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Abteilung für Geriatrie |
| Telefon | 037423 / 79 - 2312 |
| Fax | 037423 / 79 - 2719 |
| E-Mail | joerg.schulz@pkd.de |
| Strasse / Hausnummer | Sorger Straße 51 |
| PLZ / Ort | 08626 Adorf |
| URL | https://www.paracelsus-kliniken.de/adorf |

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

| | |
|-----------------------|---|
| Kommentar/Erläuterung | Es sind keine Zielvereinbarungen abweichend der Empfehlung der DKG vereinbart worden. |
|-----------------------|---|

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI34 | Elektrophysiologie | |
| VI35 | Endoskopie | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | |
| VI44 | Geriatrische Tagesklinik | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 644 |
| Teilstationäre Fallzahl | 13 |

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| S72 | 85 | Fraktur des Femurs |
| I63 | 76 | Hirinfarkt |
| I50 | 39 | Herzinsuffizienz |
| R26 | 39 | Störungen des Ganges und der Mobilität |
| S32 | 34 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| J18 | 21 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| S42 | 20 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| R29 | 19 | Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen |
| E86 | 13 | Volumenmangel |
| T84 | 13 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| M54 | 12 | Rückenschmerzen |
| S22 | 12 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| S82 | 12 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| J44 | 11 | Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung |
| M80 | 11 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur |
| E11 | 9 | Diabetes mellitus, Typ 2 |
| M16 | 9 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| I61 | 8 | Intrazerebrale Blutung |
| S06 | 8 | Intrakranielle Verletzung |
| G45 | 6 | Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome |
| I21 | 6 | Akuter Myokardinfarkt |
| I70 | 6 | Atherosklerose |
| K57 | 6 | Divertikulose des Darmes |
| R55 | 6 | Synkope und Kollaps |
| A09 | 5 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| E87 | 5 | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts |
| G20 | 5 | Primäres Parkinson-Syndrom |
| S52 | 5 | Fraktur des Unterarmes |
| C18 | 4 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| F01 | 4 | Vaskuläre Demenz |
| I10 | 4 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| M48 | 4 | Sonstige Spondylopathien |
| M51 | 4 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| N17 | 4 | Akutes Nierenversagen |
| N39 | 4 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| S12 | 4 | Fraktur im Bereich des Halses |
| A49 | < 4 | Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| D50 | < 4 | Eisenmangelanämie |
| I11 | < 4 | Hypertensive Herzkrankheit |
| I26 | < 4 | Lungenembolie |
| I95 | < 4 | Hypotonie |
| J20 | < 4 | Akute Bronchitis |
| K80 | < 4 | Cholelithiasis |
| M06 | < 4 | Sonstige chronische Polyarthritiden |
| M17 | < 4 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M46 | < 4 | Sonstige entzündliche Spondylopathien |
| S30 | < 4 | Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| A41 | < 4 | Sonstige Sepsis |
| C17 | < 4 | Bösartige Neubildung des Dünndarmes |
| F05 | < 4 | Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| G62 | \< 4 | Sonstige Polyneuropathien |
| I48 | \< 4 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| I62 | \< 4 | Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung |
| K25 | \< 4 | Ulcus ventriculi |
| K56 | \< 4 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| K70 | \< 4 | Alkoholische Leberkrankheit |
| K92 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems |
| S70 | \< 4 | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels |
| A02 | \< 4 | Sonstige Salmonelleninfektionen |
| A08 | \< 4 | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen |
| A40 | \< 4 | Streptokokkensepsis |
| A74 | \< 4 | Sonstige Krankheiten durch Chlamydien |
| B37 | \< 4 | Kandidose |
| C20 | \< 4 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C22 | \< 4 | Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge |
| C55 | \< 4 | Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet |
| C64 | \< 4 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken |
| C67 | \< 4 | Bösartige Neubildung der Harnblase |
| C79 | \< 4 | Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen |
| D39 | \< 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane |
| D64 | \< 4 | Sonstige Anämien |
| F10 | \< 4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| G00 | \< 4 | Bakterielle Meningitis, anderenorts nicht klassifiziert |
| G06 | \< 4 | Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome |
| G30 | \< 4 | Alzheimer-Krankheit |
| G41 | \< 4 | Status epilepticus |
| G70 | \< 4 | Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten |
| G81 | \< 4 | Hemiparese und Hemiplegie |
| G91 | \< 4 | Hydrozephalus |
| I74 | \< 4 | Arterielle Embolie und Thrombose |
| I83 | \< 4 | Varizen der unteren Extremitäten |
| J10 | \< 4 | Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren |
| J13 | \< 4 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae |
| J69 | \< 4 | Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen |
| J84 | \< 4 | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten |
| K21 | \< 4 | Gastroösophageale Refluxkrankheit |
| K26 | \< 4 | Ulcus duodeni |
| K29 | \< 4 | Gastritis und Duodenitis |
| K40 | \< 4 | Hernia inguinalis |
| K41 | \< 4 | Hernia femoralis |
| K51 | \< 4 | Colitis ulcerosa |
| K52 | \< 4 | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| K61 | \< 4 | Abszess in der Anal- und Rektalregion |
| K91 | \< 4 | Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| L03 | \< 4 | Phlegmone |
| M02 | \< 4 | Reaktive Arthritiden |
| M10 | \< 4 | Gicht |
| M13 | \< 4 | Sonstige Arthritis |
| M47 | \< 4 | Spondylose |
| M53 | \< 4 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert |
| M62 | \< 4 | Sonstige Muskelkrankheiten |
| M79 | \< 4 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| N10 | \< 4 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| N15 | \< 4 | Sonstige tubulointerstitielle Nierenkrankheiten |
| R19 | \< 4 | Sonstige Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen |
| R40 | \< 4 | Somnolenz, Sopor und Koma |
| R41 | \< 4 | Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen |
| R42 | \< 4 | Schwindel und Taumel |
| R63 | \< 4 | Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen |
| S02 | \< 4 | Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen |
| S40 | \< 4 | Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes |
| S62 | \< 4 | Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand |
| S80 | \< 4 | Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels |
| T81 | \< 4 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 8-550 | 559 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung |
| 3-200 | 260 | Native Computertomographie des Schädels |
| 9-984 | 179 | Pflegebedürftigkeit |
| 1-632 | 71 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 1-440 | 46 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 3-202 | 37 | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-207 | 31 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-225 | 28 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-206 | 26 | Native Computertomographie des Beckens |
| 3-203 | 23 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 1-650 | 20 | Diagnostische Koloskopie |
| 3-222 | 19 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 3-205 | 12 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-820 | 12 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 1-444 | 9 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 8-152 | 8 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax |
| 1-631 | 7 | Diagnostische Ösophagogastroskopie |
| 3-220 | 7 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 8-800 | 6 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 3-055 | 5 | Endosonographie der Gallenwege |
| 9-200 | 5 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen |
| 1-424 | 4 | Biopsie ohne Inzision am Knochenmark |
| 5-513 | 4 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 1-844 | \< 4 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 3-056 | \< 4 | Endosonographie des Pankreas |
| 3-226 | \< 4 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 3-806 | \< 4 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 5-431 | \< 4 | Gastrostomie |
| 8-153 | \< 4 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 1-620 | \< 4 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 1-651 | \< 4 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 1-843 | \< 4 | Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus |
| 3-054 | \< 4 | Endosonographie des Duodenums |
| 5-377 | \< 4 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders |
| 5-399 | \< 4 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-790 | \< 4 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-820 | \< 4 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 5-896 | \< 4 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 8-771 | \< 4 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 1-642 | \< 4 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege |
| 1-652 | \< 4 | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma |
| 3-05a | \< 4 | Endosonographie des Retroperitonealraumes |
| 3-705 | \< 4 | Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-825 | \< 4 | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5-394 | \< 4 | Revision einer Blutgefäßoperation |
| 5-429 | \< 4 | Andere Operationen am Ösophagus |
| 5-452 | \< 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 5-526 | \< 4 | Endoskopische Operationen am Pankreasgang |
| 5-787 | \< 4 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-793 | \< 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-794 | \< 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-795 | \< 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen |
| 5-801 | \< 4 | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-892 | \< 4 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 8-123 | \< 4 | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters |
| 8-144 | \< 4 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 8-190 | \< 4 | Spezielle Verbandstechniken |
| 8-192 | \< 4 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde |
| 8-701 | \< 4 | Einfache endotracheale Intubation |
| 8-987 | \< 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] |
| 8-98g | \< 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--|-----------------------|---|
| AM07 | Privatambulanz | private Chefarztsprechstunde für Selbstzahler | | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Notaufnahme | | Die Notaufnahme steht 24 Stunden für die Patientenbehandlung zur Verfügung. |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Sprechstunde zur Abklärung der stationären Notwendigkeit | | |

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,9 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,9 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,9 |
| Fälle je VK/Person | 222,06896 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,3 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,3 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,3 |
| Fälle je VK/Person | 495,38461 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF09 | Geriatric | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 9,6 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,6 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 9,6 |
| Fälle je VK/Person | 67,08333 |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,1 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,1 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,1 |
| Fälle je VK/Person | 306,66666 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,4 |
| Fälle je VK/Person | 460,00000 |

Medizinische Fachangestellte

| | |
|--|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,5 |
| Fälle je VK/Person | 1288,00000 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Kommentar / Erläuterung |
|--|----------|-------------------------|--|
| Ambulant erworbene Pneumonie | 89 | 100,00 | |
| Geburtshilfe | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | | | |
| Herzschrittmacher-Implantation | 10 | 100,00 | |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | | | |
| Hüftendoprothesenversorgung | 261 | 100,00 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 43 | 100,00 | |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation | | | |
| Knieendoprothesenversorgung | 367 | 100,00 | |
| Leberlebendspende | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Kommentar / Erläuterung |
|--|----------|-------------------------|--|
| Lungen- und Herz- Lungentransplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 148 | 100,00 | |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

| Qualitätsindikator | Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 52307 |
| Leistungsbereich | Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,12 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,02 / 98,22 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 14 / 14 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 78,47 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 51404 |
| Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,03 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 / 1,11 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 323,57 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |

| | |
|---|--|
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers |
| Kennzahl-ID | 52315 |
| Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,08 |

| | |
|---|---|
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 / 1,34 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 52311 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,44 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,36 / 1,53 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 27,75 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 52305 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,74 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,66 / 95,81 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 38 / 38 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,82 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54140 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,55 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00$ % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,46 / 98,64 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |

| | |
|---|---|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 72,25 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 52139 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 89,25 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 60,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 89,04 / 89,45 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 14 / 13 |
| Rechnerisches Ergebnis | 92,86 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 68,53 / 98,73 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten |
| Kennzahl-ID | 54141 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | Tkez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,85 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,72 / 96,98 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 72,25 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2195 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | ja |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,88 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 / 1,19 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 16 / 0 / 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0 / 61,37 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, 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.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

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 (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

Kennzahl-ID
2194

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,67 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 / 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,34 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,08 / 5,92 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann.</p> <p>Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p> |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 51191 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,10 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,02 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 / 1,17 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 0 / 0,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 29,86 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator
Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID
54143

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

1,57

Referenzbereich (bundesweit)

<= 10,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,48 / 1,66

| | |
|---|---|
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 27,75 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten |
| Kennzahl-ID | 54142 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,13 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,11 / 0,16 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 27,75 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Vorbauende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54004 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,81 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,72 / 95,90 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 198 / 197 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,49 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,20 / 99,91 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Kennzahl-ID | 54013 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,21 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,19 / 0,23 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Kennzahl-ID | 54016 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,51 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 5,72 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,46 / 1,57 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |

| | |
|---|--|
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 54017 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 6,18 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,15 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,84 / 6,54 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 13 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 22,81 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |

| | |
|---|--|
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 10271 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,10 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,12 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,06 / 1,14 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,54 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,09 / 1,66 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

| | |
|--|--|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr Fachlicher Hinweis IQTIG | eingeschränkt/nicht vergleichbar Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|---------------------------|--|
| Qualitätsindikator | Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 54001 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |

| | |
|---|--|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,13 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,05 / 97,20 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 220 / 220 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,28 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,62 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,41 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,45 / 4,79 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 23 / 0 |

| | |
|---|--|
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 14,31 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 54002 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,36 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,99 / 92,72 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 13 / 13 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | 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) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,35 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 7,50 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,28 / 2,42 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54003 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 13,75 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 13,48 / 14,03 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 23 / 6 |
| Rechnerisches Ergebnis | 26,09 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 12,55 / 46,47 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | A99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | verschlechtert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54010 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,10 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,03 / 98,16 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 219 / 217 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,09 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,73 / 99,75 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | 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) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54012 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,40 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 / 1,02 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,44 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,12 / 1,59 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator
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)
Kennzahl-ID
54124

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

| | |
|---|---|
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,89 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 / 1,10 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | 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) |
| Kennzahl-ID | 54125 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,59 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 13,33 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,25 / 4,96 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 41 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 8,57 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54022 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,31 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,87 / 93,72 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 41 / 41 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,43 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 50481 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,24 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,37 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,95 / 3,55 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54026 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,92 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,79 / 93,04 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 327 / 311 |
| Rechnerisches Ergebnis | 95,11 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,20 / 96,97 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | 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) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54028 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,89 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,79 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 / 0,95 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,63 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,11 / 3,52 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Kennzahl-ID | 54127 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |

| | |
|---|---|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,03 / 0,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 320 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 1,19 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) |
| Kennzahl-ID | 54123 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,40 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,35 / 1,46 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |

| | |
|---|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54020 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,82 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,75 / 97,90 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 323 / 322 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,69 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,27 / 99,95 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | 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 |
| Kennzahl-ID | 54128 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,79 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 98,54$ % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,76 / 99,81 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 362 / 362 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 99,18 / 100 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54021 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,43 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,17 / 96,68 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 4 / 4 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 51,01 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 2028 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,56 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,00$ % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,47 / 95,66 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 34 / 34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,85 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 50722 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,49 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,42 / 96,55 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 87 / 85 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,70 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,00 / 99,37 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 50778 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,06 |

| | |
|--|--|
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,58 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 / 1,07 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 88 / 23 / 14,24 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,62 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,12 / 2,24 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Kennzahl-ID | 2005 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |

| | |
|---|---|
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,49 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,45 / 98,54 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 88 / 87 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,86 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,84 / 99,80 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 2006 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,54 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,49 / 98,58 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 77 / 76 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,70 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,00 / 99,77 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 2007 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,25 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,91 / 97,56 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 11 / 11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 74,12 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) 2009 |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 2009 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,10 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,01 / 95,18 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 75 / 75 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,13 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein. |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben |
|---------------------------|---|
| Kennzahl-ID | 2013 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,87 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,74 / 93,99 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 30 / 30 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 88,65 / 100,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54050 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,34 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,16 / 95,52 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 27 / 26 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,30 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 81,72 / 99,34 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

| | |
|---|--|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden |
| Kennzahl-ID | 54030 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 14,12 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 13,85 / 14,40 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 31 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 11,03 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) |
| Kennzahl-ID | 54029 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,27 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,50 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,18 / 1,36 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | 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) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 54033 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,24 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 / 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,58 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,16 / 1,81 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID
54040

Leistungsbereich

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

| | |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,91 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,28 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 / 0,99 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 31 / 0 / 0,24 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 13,98 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54046 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,07 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 / 1,07 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,18 / 5,20 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an 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)

Kennzahl-ID
54042

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,17 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 / 1,01 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,38 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,07 / 1,90 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 52009 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,31 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 / 1,07 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 4881 / 27 / 17,96 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,50 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,03 / 2,18 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | verbessert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4) |
| Kennzahl-ID | 52010 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |

| | |
|---|--|
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 / 0,01 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war) |
| Kennzahl-ID | 605 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | Tkez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,23 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 / 1,44 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |

| | |
|---|---|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 51860 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,69 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,98 / 4,55 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war |
| Kennzahl-ID | 606 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | Tkez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,74 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,08 / 3,59 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr
 Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
 Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind |
| Kennzahl-ID | 51859 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | Tkez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,70 / 3,40 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 11724 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | Tkez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,90 / 1,11 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 51,29 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
51865

Kennzahl-ID

Leistungsbereich

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

| | |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 / 1,15 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 51873 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,03 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 / 1,12 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenskollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID
11704

Leistungsbereich

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

| | |
|---|--|
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,99 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 / 1,08 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 / 26,97 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|---|--|
| Qualitätsindikator | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 51437 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,51 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,02 / 98,88 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 603 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,96 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,78 / 99,11 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 51443 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |

| | |
|---|--|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,51 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,12 / 99,72 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht |
| Kennzahl-ID | 604 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,80 |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,68 / 99,87 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt |
| Kennzahl-ID | 52240 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 6,60 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,90 / 10,96 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 51448 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,95 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 / 3,67 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Kennzahl-ID

51445

Leistungsbereich

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

1,71

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,28 / 2,29

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Hüftendoprothetik

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Luxation

Ergebnis: 0,4% (1 von 254)

Messzeitraum: 2018

Datenerhebung: im Rahmen des EndoProthetikZentrums

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit

Evidenzgrundlage:

Leistungsbereich: Hüftendoprothetik

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Thrombose

Ergebnis: 0,4 % (1 von 254)

Messzeitraum: 2018

Datenerhebung: im Rahmen des EndoProthetikZentrums

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

Leistungsbereich: Knieendoprothetik

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Thrombose

Ergebnis: 0,3 % (1 von 332)

Messzeitraum: 2018

Datenerhebung: im Rahmen des EndoProthetikZentrums

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

Leistungsbereich: Hüftendoprothetik

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Trochanterabriss

Ergebnis: 0,4% (1 von 254)

Messzeitraum: 2018

Datenerhebung: im Rahmen des EndoProthetikZentrums

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

Leistungsbereich: Knieendoprothetik

Bezeichnung des Qualitätsindikators: neurologische Komplikation

Ergebnis: 0 %

Messzeitraum: 2018

Datenerhebung: im Rahmen des EndoProthetikZentrums

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

Leistungsbereich: Hüftendoprothetik

Bezeichnung des Qualitätsindikators: periprothetische Infektion

Ergebnis: 0 %

Messzeitraum: 2018

Datenerhebung: im Rahmen des EndoProthetikZentrums

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

Leistungsbereich: Knieendoprothetik

Bezeichnung des Qualitätsindikators: periprothetische Infektion

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Ergebnis: 0,3 % (1 von 332)

Messzeitraum: 2018

Datenerhebung: im Rahmen des EndoProthetikZentrums

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit

Evidenzgrundlage:

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| Leistungsbereich | Mindestmenge | Erbrachte Menge | Ausnahmetatbestand | Kommentar/ Erläuterung |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|
| Kniegelenk- Totalendoprothesen | 50 | 327 | Keine Ausnahme (MM05) | |

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

| | |
|---|-------------------------------|
| Leistungsbereich | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Gesamtergebnis der Prognosedarlegung | ja |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge | 327 |
| die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 265 |
| Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen | ja |
| Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) | Nein |
| Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden | Nein |
| Übergangsregelung | Nein |

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

| | |
|--|----|
| Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 22 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt | 18 |
| Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 15 |

(*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)