



**NARDINI KLINIKUM**

St. Elisabeth · Zweibrücken

## Vorwort

Als Verbund der katholischen Krankenhäuser in Landstuhl und Zweibrücken bietet das Nardini Klinikum ein umfa

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### Verantwortliche

#### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännische Direktion
Titel, Vorname, Name	Thomas Frank
Telefon	06332829211
Fax	
E-Mail	T.Frank@nardiniklinikum.de

#### Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Päd. Monica Nagel
Telefon	06371829318
Fax	
E-Mail	M.Nagel@nardiniklinikum.de

### Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="http://www.nardiniklinikum.de">http://www.nardiniklinikum.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
PLZ	66482
Ort	Zweibrücken
Straße	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
IK-Nummer	260730478
Standort-Nummer	772427000
Standort-Nummer alt	99
Telefon-Vorwahl	06332
Telefon	820
E-Mail	info.zw@nardiniklinikum.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.nardiniklinikum.de">http://www.nardiniklinikum.de</a>

#### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

##### **Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken**

PLZ	66482
Ort	Zweibrücken
Straße	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
IK-Nummer	260730478
Standort-Nummer	772427000
Standort-Nummer alt	2
Standort-URL	<a href="http://www.nardiniklinikum.de">http://www.nardiniklinikum.de</a>

#### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

##### Leitung des Krankenhauses

###### **Verwaltungsleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännische Direktion
Titel, Vorname, Name	Thomas Frank
Telefon	06332829207
Fax	
E-Mail	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

###### **Ärztliche Leitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Detlev Christiansen
Telefon	06371843621

Fax

E-Mail

D.Christiansen@nardiniklinikum.de

**Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Pflegedirektor

Titel, Vorname, Name

Jens Lehnhardt

Telefon

06332821100

Fax

E-Mail

J.Lehnhardt@nardiniklinikum.de

**Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Pflegedirektor/Marketing

Titel, Vorname, Name

Thomas Frank

Telefon

06332829211

Fax

E-Mail

T.Frank@nardiniklinikum.de

**Leitung des Standorts****Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken - Verwaltungsleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Kaufmännische Direktion

Titel, Vorname, Name

Thomas Frank

Telefon

06332829207

Fax

E-Mail

T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

**Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken - Ärztliche Leitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Ärztlicher Direktor

Titel, Vorname, Name

Detlev Christiansen

Telefon

06371843621

Fax

E-Mail

D.Christiansen@nardiniklinikum.de

**Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken - Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Pflegedirektor

Titel, Vorname, Name

Jens Lehnhardt

Telefon

06332821100

Fax

E-Mail

J.Lehnhardt@nardiniklinikum.de

**Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken - Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Pflegedirektor/Marketing

Titel, Vorname, Name

Thomas Frank

Telefon

06332829211

Fax

E-Mail

T.Frank@nardiniklinikum.de

## A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

# Institutionskennzeichen

1 260730478

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers

Nardini Klinikum GmbH

Träger-Art

freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Trifft nicht zu

Name der Universität

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus

- keine Antwort -

Besteht eine regionale  
Versorgungsverpflichtung?

Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

# Med.pfleg. Leistungsangebot

1 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

Vorträge, Informationsveranstaltungen

2 MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik

3 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie

Über Kooperation mit Ergotherapie-Praxis

4 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung

5 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

6 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)

Auf der Stroke Unit.

7 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

8 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie

9 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

10 MP25 - Massage

11 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

12 MP24 - Manuelle Lymphdrainage

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
13	MP51 - Wundmanagement <i>Wundexperten</i>
14	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
15	MP45 - Stomatherapie/-beratung
16	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
17	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Über Kooperation mit Logopädie-Praxis</i>
18	MP53 - Aromapflege/-therapie
19	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
20	MP04 - Atemgymnastik/-therapie

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
2	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
3	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
5	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
6	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
7	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
8	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Thomas Frank
Telefon	06332821107
Fax	06332823000
E-Mail	T.Frank@nardiniklinikum.de

Herr Frank hat diese Funktion ab dem Jahr 2020 inne.

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen <i>Zugang zum Tagescafe</i>
2	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Werden über Sonderbestellung geliefert.</i>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
3	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung <b>Beschriftung der Abteilungen.</b>
4	BF30 - Mehrsprachige Internetseite <b>Englisch</b>
5	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <b>Im Eingangsbereich.</b>
6	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <b>Blutdruckmanschetten</b>
7	BF25 - Dolmetscherdienst <b>Wird telefonisch hinzugezogen.</b>
8	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen <b>Behindertenparkplätze vor der Eingangstür.</b>
9	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
10	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen <b>Kennzeichnung der Untersuchungsräume.</b>

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <b>In der Krankenpflegeschule des Nardini Klinikums St. Elisabeth findet die theoretische Ausbildung für die Auszubildenden beider Standorte des Nardini Klinikums statt.</b>
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <b>In Kooperation mit Klinikum Saarbrücken.</b>
3	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
4	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
5	HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) <b>Vergabe Stipendium.</b>
6	HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

**A-9 Anzahl der Betten**

Anzahl Betten	297
---------------	-----

**A-10 Gesamtfallzahlen**

Vollstationäre Fallzahl	9905
-------------------------	------

Teilstationäre Fallzahl	1
-------------------------	---

Ambulante Fallzahl	20595
--------------------	-------

StäB. Fallzahl	0
----------------	---

**A-11 Personal des Krankenhauses****A-11.1 Ärzte und Ärztinnen****Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Anzahl (in Vollkräften)	47,58
-------------------------	-------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	47,58
------------------------------------------------	-------

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	47,58
----------------------------------------	-------

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
------------------------------------------	----

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Anzahl (in Vollkräften)	25,62
-------------------------	-------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,62
------------------------------------------------	-------

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	25,62
----------------------------------------	-------

**Belegärztinnen und Belegärzte**

Anzahl	3
--------	---

**Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind**

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind**

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---



Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

## A-11.2 Pflegepersonal

**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten**

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39
------------------------------------------	----

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	170,79	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	170,79	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	170,79	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0	0

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0	0

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften**

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0	0

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	9,1	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,1	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	9,1	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0	0

**Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	0	0

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

Anzahl 0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	2,5	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	2,5	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	8,41	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,41	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	8,41	0

**A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik****Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

**Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

**Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

#### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personalqualifikation	SP04 - Diätassistentin und Diätassistent
Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Personalqualifikation	SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister
Anzahl (in Vollkräften)	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,52
Personalqualifikation	SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	6,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,94
Personalqualifikation	SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Personalqualifikation	SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement
Anzahl (in Vollkräften)	5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5
Personalqualifikation	SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta
Anzahl (in Vollkräften)	4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4
Personalqualifikation	SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater
Anzahl (in Vollkräften)	2,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,1
Personalqualifikation	SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)
Anzahl (in Vollkräften)	8,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	8,25
Personalqualifikation	SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)
Anzahl (in Vollkräften)	8,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	8,51

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagementsystem verfügt über eine Zertifizierung nach der DIN ISO 9001:2015.

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts-/Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Päd. Monica Nagel
Telefon	06332829318
Fax	
E-Mail	M.Nagel@nardiniklinikum.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

### Lenkungsgremium

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

Ja

### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Pflegedirektion, Ärzte, Hygiene, Qualitätsmanagement, Risikomanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

## Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

## Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Qualitäts-/Risikomanagement

Titel, Vorname, Name Dipl.-Päd. Monica Nagel

Telefon 06332829318

Fax

E-Mail M.Nagel@nardiniklinikum.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

## Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

## Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Pflegedirektion, Ärzte, Hygiene, Qualitätsmanagement, Risikomanagement

Tagungsfrequenz des Gremiums

andere Frequenz

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

## Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM04: Klinisches Notfallmanagement
2	RM06: Sturzprophylaxe
3	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
4	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
5	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
6	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
7	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
8	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
9	RM18: Entlassungsmanagement
10	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
11	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
12	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust

**Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen**

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

**Internes Fehlermeldesystem**

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

**Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems**

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  Letzte Aktualisierung: 11.01.2013
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  Frequenz: bei Bedarf
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem  Frequenz: bei Bedarf

**Details**

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

- die OP-Sicherheitscheckliste
- Patientenidentifikationsarmbänder
- Präoperative Markierung des Eingriffsortes
- Zählkontrollen im OP
- Aufnahmescreening MRSA
- Dekolonisierung vor elektiven Eingriffen
- Risikoeinschätzung Dekubitusrisiko und Sturzrisiko
- Teilnahme Aktion „Saubere Hände“ (Bronzezertifikat)
- Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (OP-KISS)

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

**Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)**

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

**Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse**

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Nein

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte



## A-12.3.1 Hygienepersonal

**Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker**

Anzahl (in Personen) 1

Erläuterungen 1 Klinikhygienikerin mit curricularer Weiterbildung + 1 extern beratender Klinikhygieniker (UKS Homburg)

**Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Ja

Anzahl (in Personen) 4

**Hygienefachkräfte (HFK)**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 2

Erläuterungen Stellenumfang 1x 75%, 1x 46,15% von 01.12.20-30.06.21 Stellenumfang 1,75 wegen Covid Pandemie

**Hygienebeauftragte in der Pflege**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 9

Erläuterungen Zusätzlich sind auch für weitere Funktionsbereiche außerhalb der Pflege hygienebeauftragte Mitarbeiter bestellt.

## A-12.3.1.1 Hygienekommission

**Hygienekommission**

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

**Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor

Titel, Vorname, Name Detlev Christiansen

Telefon 06371843621

Fax

E-Mail D.Christiansen@nardiniklinikum.de

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

## A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

**Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor**

Auswahl Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

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

**Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen**

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

**Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

#	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor**

Auswahl Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 27

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 123

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Teilweise

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)		
#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

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

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement	
#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
2	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: Initiative Gesundheitsnetzwerk Westpfalz Treffen fanden in 2021 wegen Covid-Pandemie nicht statt. Jedoch Online-Konferenzen mit Vertretern anderer Krankenhäuser und den zuständigen Gesundheitsämtern im Rahmen der Covid-Pandemie
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze
5	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen Stations-KISS für 2021 pausiert. Daten nicht valide erfassbar wegen Covid Pandemie

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

- AMBU-KISS
- HAND-KISS
- DAS-KISS
- CDAD-KISS
- STATIONS-KISS
- MRSA-KISS
- NEO-KISS
- ONKO-KISS
- OP-KISS
- SARI

Teilnahme am ITS-KISS

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		
#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja Das Konzept ist in Form einer Verfahrensanweisung hinterlegt.
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Nein Beschwerden werden direkt bearbeitet.
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Qualitätsmanagementbeauftragte Pflegedirektion
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Schwester Elisa Döschl/Krankenhausoberin
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja Über ein Tabletsystem
9	Patientenbefragungen	Ja <a href="https://www.nardliniklinikum.de/kontakt/kontaktformular/">https://www.nardliniklinikum.de/kontakt/kontaktformular/</a> kontinuierlich
10	Einweiserbefragungen	Ja Im Rahmen des Endoprothetikzentrums

**Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Monica Nagel
Telefon	06332829318
Fax	
E-Mail	M.Nagel@nardiniklinikum.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Johanna Feder
Telefon	06332829387
Fax	
E-Mail	J.Feder@nardiniklinikum.de

**Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausoberin
Titel, Vorname, Name	Schwester Elisa Döschl
Telefon	06332820
Fax	
E-Mail	Sr.Elisa@nardiniklinikum.de

**A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

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

**A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**

Im Jahr 2019 wurde ein Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapiesicherheit gegründet. 2020 soll dieser viermal im Jahr stattfinden.

**Verantwortliches Gremium**

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

**Details**

Name des Gremiums Arbeitsgruppe	Arzneimittelkommissionssitzung
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Apotheke, Chefärzte, Pflegedirektion, Verwaltung, Einkauf

**A-12.5.2 Verantwortliche Person**

Seit 2019 übernimmt der Ärztliche Direktor und der Pflegedirektor diese Aufgabe. Die Qualitätsmanagementbeauftragte Frau Feder koordiniert den Qualitätszirkel.

**Verantwortliche Person**

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

**Kontaktdaten**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Detlev Christiansen
Telefon	06371843621
Fax	06371842010
E-Mail	d.christiansen@nardiniklinikum.de

## Kontaktdaten:

Name/ Funktion: Pflegedirektor Jens Lehnhardt

Telefon: 06371 841101

E-Mail: [j.lehnhardt@nardiniklinikum.de](mailto:j.lehnhardt@nardiniklinikum.de)

## A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	5
Erläuterungen	Das pharmazeutische Personal ist über ein Kooperationspartner angestellt. Eine hausinterne Apotheke besteht nicht.

## 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.

Es wurde ein Fehlermeldesystem für Medikationsfehler eingerichtet

## Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
6	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
7	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

## Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

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

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

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

**Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: STOP Injekt Check Kampagne

**Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung**

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

**A-13 Besondere apparative Ausstattung**

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) In Zusammenarbeit mit einem Dialysezentrum im Krankenhaus
3	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder In Kooperation mit der Praxis Dawid, Wiehn, Elbert, Keßler
4	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja Gerät zur Gefäßdarstellung

**A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß §**



## 136c Absatz 4 SGB V

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Erläuterungen

#### Stufen der Notfallversorgung

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

#### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

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

#### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

Umstand

#### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

#### Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 1

- SN01: Notfallversorgung Kinder (Basis)
- SN02: Notfallversorgung Kinder (erweitert)
- SN03: Notfallversorgung Kinder (umfassend)
- SN04: Schwerverletztenversorgung
- SN05: Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
- SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

#### Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 2

- SN01: Notfallversorgung Kinder (Basis)
- SN02: Notfallversorgung Kinder (erweitert)
- SN03: Notfallversorgung Kinder (umfassend)
- SN04: Schwerverletztenversorgung
- SN05: Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
- SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

**Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 3**

- SN01: Notfallversorgung Kinder (Basis)
- SN02: Notfallversorgung Kinder (erweitert)
- SN03: Notfallversorgung Kinder (umfassend)
- SN04: Schwerverletztenversorgung
- SN05: Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
- SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

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

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

Ja

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

Nein

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100] Innere Medizin

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

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Innere Medizin

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

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

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin 2
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Peter Schiedermaier
Telefon	06332828270
Fax	
E-Mail	innere-Sekretariat.zw@nardiniklinikum.de
Strasse	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
PLZ	66482
Ort	Zweibrücken
URL	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin 1
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Horst Winter
Telefon	06332828270
Fax	
E-Mail	innere-Sekretariat.zw@nardiniklinikum.de
Strasse	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
PLZ	66482
Ort	Zweibrücken
URL	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin 1
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Matthias Stopp
Telefon	06332828270
Fax	
E-Mail	innere-Sekretariat.zw@nardiniklinikum.de

Strasse	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
PLZ	66482
Ort	Zweibrücken
URL	

### Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Strasse	
Hausnummer	
PLZ	
Ort	
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde	
Erläuterungen	

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI35 - Endoskopie
2	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
3	VR04 - Duplexsonographie
4	VN24 - Stroke Unit
5	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
7	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten Herzkatheter, PTCA mit Stent
8	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
10	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
12	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
13	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
16	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
17	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
18	<p>VI20 - Intensivmedizin</p> <p>Die internistische Intensivmedizin umfasst das gesamte intensivmedizinische Behandlungsspektrum einschließlich Reanimationen, allen gängigen Lyseverfahren, Langzeitbeatmung, Intoxikationen mit der Möglichkeit der Dialyse und kardio-pulmonale Notsituationen.</p>
19	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
20	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
21	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
22	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
23	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
24	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
25	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
26	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
27	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
28	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
29	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
30	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
31	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
32	VI27 - Spezialsprechstunde
33	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
34	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
35	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
36	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
37	VI39 - Physikalische Therapie
38	VI40 - Schmerztherapie
39	VI42 - Transfusionsmedizin
40	VI37 - Onkologische Tagesklinik

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

Vollstationäre Fallzahl	6335
Teilstationäre Fallzahl	0

## Kommentar/Erläuterung

## B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	233
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	193
3	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	169
4	E86	Volumenmangel	164
5	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	139
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	138
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	131
8	R55	Synkope und Kollaps	129
9	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	125
10	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	116
11	K29.6	Sonstige Gastritis	107
12	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	97
13	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	93
14	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	79
15	I51.7	Kardiomegalie	70
16	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	62
17	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	61
18	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	56
19	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	54
20	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	50
21	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	50
22	R42	Schwindel und Taumel	50
23	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	48
24	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	48
25	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	47
26	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	46
27	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	46
28	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	43
29	A46	Erysipel [Wundrose]	42
30	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	41

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	738
2	K29	Gastritis und Duodenitis	179
3	I20	Angina pectoris	164
4	E86	Volumenmangel	164
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	157
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	146
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	144
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	137
9	R55	Synkope und Kollaps	129
10	I63	Hirninfarkt	120

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	2980
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1489
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	929
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	840
5	1-710	Ganzkörperplethysmographie	697
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	641
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	624
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	601
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	584
10	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	567
11	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	512
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	512
13	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	460
14	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	457
15	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	404
16	3-202	Native Computertomographie des Thorax	361
17	1-790	Polysomnographie	358
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	337
19	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	334
20	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	328

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
21	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	308
22	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	305
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	303
24	3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	274
25	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	271
26	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	262
27	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	259
28	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	240
29	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	238
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	232

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	2980
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1960
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1512
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1034
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	840
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	741
7	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	702
8	1-710	Ganzkörperplethysmographie	697
9	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	687
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	624

#### B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren



#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------	----------

**B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Pneumologische Ambulanz Lungenfunktionsprüfung, Bronchoskopien (Spiegelung der Atemwege)
2	AM07 - Privatambulanz	
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Endoskopische Ambulanz Präventive und kurative Koloskopien (Darmspiegelungen); Gastroskopie. Gastroenterologische Onkologie.
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallversorgung von Patienten mit internistischem Krankheitsbild
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kardiologische Ambulanz Kontrolle und Programmierung von Herzschrittmachern aller Hersteller
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schlaflabor

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	351
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	182
3	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	81
4	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	73
5	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	45
6	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	8
7	5-452.80	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Elektrokoagulation	< 4
8	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	440
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	255
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	47

## B-[0100].11 Personelle Ausstattung

## B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Anzahl (in Vollkräften)	23,58
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,58
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	23,58
Fälle je Vollkraft	263,96
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

**- davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Anzahl (in Vollkräften)	9,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	9,87

Fälle je Vollkraft	633,5
--------------------	-------

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
3	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
4	AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
5	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
6	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie

## B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF03 - Allergologie
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF07 - Diabetologie
4	ZF28 - Notfallmedizin

## B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39

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

Anzahl (in Vollkräften)	83,83 inkl. der anteilmäßigen Mitarbeiter/-innen der Zentralen Patientenaufnahme und der Funktionsdiagnostik
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	83,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	83,83
Fälle je Vollkraft	75,42

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	5,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5,75
Fälle je Vollkraft	1055,83

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	4,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,38
Fälle je Vollkraft	1583,75

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 - Praxisanleitung

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP02 - Bobath
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP18 - Dekubitusmanagement
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

## B-[1500] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Allgemeine Chirurgie

## B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

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

## Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Gelenkchirurgie und Sporttraumatologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Burkhardt Muschalik
Telefon	06332828170
Fax	063328174
E-Mail	B.Muschalik@nardiniklinikum.de
Strasse	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
PLZ	66842
Ort	Zweibrücken
URL	

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Chirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Steffen Nirmaier
Telefon	06332829012
Fax	063326900
E-Mail	S.Nirmaier@nardiniklinikum.de
Strasse	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
PLZ	66842
Ort	Zweibrücken
URL	

## Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	
Titel, Vorname, Name	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Strasse	
Hausnummer	



PLZ	
Ort	
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
3	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
4	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
5	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
6	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
7	VC05 - Schrittmachereingriffe
8	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik <b>Zertifiziertes Endoprothesenzentrum</b>
9	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
10	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
11	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
12	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
13	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
14	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
15	VC24 - Tumorchirurgie
16	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
17	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
18	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
19	VC66 - Arthroskopische Operationen
20	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
21	VR04 - Duplexsonographie
22	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
23	VC61 - Dialyseshuntchirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
24	VC21 - Endokrine Chirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl 3401

Teilstationäre Fallzahl 1

Kommentar/Erläuterung

### B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	184
2	M54.4	Lumboischialgie	175
3	E88.22	Lipödem, Stadium III	93
4	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	88
5	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	80
6	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	69
7	M54.5	Kreuzschmerz	68
8	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	63
9	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	61
10	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	56
11	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	56
12	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	52
13	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	51
14	S06.0	Gehirnerschütterung	47
15	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	46
16	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	41
17	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	41
18	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	40
19	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	38
20	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	37
21	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	35
22	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	34
23	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	31

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
24	A46	Erysipel [Wundrose]	26
25	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	25
26	S20.2	Prellung des Thorax	24
27	L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	24
28	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	23
29	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	23
30	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	22

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	282
2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	199
3	K80	Cholelithiasis	147
4	I70	Atherosklerose	145
5	S72	Fraktur des Femurs	129
6	I83	Varizen der unteren Extremitäten	108
7	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	107
8	K40	Hernia inguinalis	106
9	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	99
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	98
11	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	85
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	79
13	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	73
14	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	73
15	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	68
16	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	67
17	S06	Intrakranielle Verletzung	65
18	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	65
19	S52	Fraktur des Unterarmes	62
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	57
21	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	53
22	M75	Schulterläsionen	43
23	M48	Sonstige Spondylopathien	40
24	K35	Akute Appendizitis	39
25	K43	Hernia ventralis	34
26	K42	Hernia umbilicalis	33
27	K57	Divertikulose des Darmes	33
28	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	32
29	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	31
30	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	29

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	511
2	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	352

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
3	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	340
4	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	308
5	3-206	Native Computertomographie des Beckens	302
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	283
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	253
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	244
9	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	209
10	3-841	Magnetresonanz-Myelographie	201
11	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	168
12	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	155
13	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	150
14	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	145
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	131
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	124
17	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	120
18	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	114
19	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	109
20	3-808	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße	107
21	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	104
22	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	103
23	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	102
24	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	99
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	87
26	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	86
27	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	82
28	3-202	Native Computertomographie des Thorax	80
29	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	76

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
30	5-911.1e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	76

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	757
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	511
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	352
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	340
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	308
6	3-206	Native Computertomographie des Beckens	302
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	283
8	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	209
9	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	193

## B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Präoperative Sprechstunde Präoperative Untersuchungen und Diagnostik, OP-Aufklärungsgespräche
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallversorgung von Patienten mit chirurgisch-, orthopädischem Krankheitsbild
4	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Ambulanz Prä- und postoperative Versorgung von BG-Patienten
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gefäßchirurgie

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

#	Ambulanz	Leistung
---	----------	----------

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	67
2	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	51
3	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	48
4	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	40
5	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	20
6	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	18
7	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	8
8	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	7
9	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	5
10	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	4
11	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	4
12	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	4
13	5-787.1k	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal	4
14	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	4
15	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	< 4
16	5-813.9	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Durchtrennung der Kniegelenkscapsel (Lateral release)	< 4
17	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	< 4
18	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	< 4
19	5-787.3b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metakarpale	< 4
20	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	< 4
21	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
22	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-795.3b	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	< 4
24	5-811.2k	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk	< 4
25	5-787.g6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius distal	< 4
26	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	< 4
27	5-787.20	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	< 4
28	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	< 4
29	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	< 4
30	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	< 4

## B-[1500].11 Personelle Ausstattung

### B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	17,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	17,15
Fälle je Vollkraft	198,31
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	10,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	10,15
Fälle je Vollkraft	335,07

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

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



#	Facharztbezeichnungen
4	AQ07 - Gefäßchirurgie

## B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
3	ZF31 - Phlebologie
4	ZF44 - Sportmedizin
5	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
6	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie
7	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

## B-[1500].11.2 Pflegepersonal

## Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit 39

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

Anzahl (in Vollkräften) 59,02  
inkl. OP-Personal und inkl. der anteilmäßigen Mitarbeiter/-innen der Zentralen Patientenaufnahme und der Funktionsdiagnostik

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	59,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	59,02
Fälle je Vollkraft	57,62

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

Anzahl (in Vollkräften) 0

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

## Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften) 0

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	3,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,35
Fälle je Vollkraft	1015,22

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,5
Fälle je Vollkraft	1360,4

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

Anzahl (in Vollkräften)	3,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,51
Fälle je Vollkraft	968,95

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP02 - Bobath
3	ZP18 - Dekubitusmanagement

#	Zusatzqualifikation
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management

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

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften) 0

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 0

Personal in der ambulanten Versorgung 0

Personal in der stationären Versorgung 0

Fälle je Vollkraft 0

#### Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften) 0

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 0

Personal in der ambulanten Versorgung 0

Personal in der stationären Versorgung 0

Fälle je Vollkraft 0

#### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften) 0

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 0

Personal in der ambulanten Versorgung 0

Personal in der stationären Versorgung 0

Fälle je Vollkraft 0

#### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften) 0

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 0

Personal in der ambulanten Versorgung 0

Personal in der stationären Versorgung 0

Fälle je Vollkraft 0

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

Anzahl (in Vollkräften) 0

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

## B-[3600] Intensivmedizin

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

Abteilungsart Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Intensivmedizin

## B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

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

## Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Anästhesie

Titel, Vorname, Name Detlev Christiansen

Telefon 06332828480

Fax

E-Mail F.Bayer@nardiniklinikum.de

Strasse Kaiserstrasse

Hausnummer 14

PLZ 66842

Ort Zweibrücken

URL

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Innere Medizin 1

Titel, Vorname, Name Dr. med. Horst Winter

Telefon 06332829315

Fax

E-Mail H.Winter@nardiniklinikum.de

Strasse Kaiserstrasse

Hausnummer 14

PLZ 66842

Ort Zweibrücken

URL

## Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Strasse

Hausnummer

PLZ	
Ort	
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
	VI20 - Intensivmedizin
1	Die internistische Intensivmedizin umfasst das gesamte intensivmedizinische Behandlungsspektrum: - Cardiovasculäre Akuterkrankungen - Stroke Unit (Schlaganfall-Behandlungs-Einheit) - Gastroenterologische Notfälle (z.B. Gastrointestinale Blutungen)
2	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin Die operative Intensivmedizin beinhaltet die Versorgung von Frischoperierten nach großen Eingriffen, sowie die Weiterbehandlung von Schwerstverletzten nach der Erstversorgung. Je nach Bedarf kommen alle Methoden der modernen operativen Intensivmedizin zur Anwendung.
3	VN24 - Stroke Unit

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

Vollstationäre Fallzahl 162

Teilstationäre Fallzahl 0

Kommentar/Erläuterung

### B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	14
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	13
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	6
4	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	5
5	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4
7	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	< 4
8	I20.0	Instabile Angina pectoris	< 4
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
10	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	< 4
11	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
12	M54.2	Zervikalneuralgie	< 4
13	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
14	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
15	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4
16	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
17	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	< 4
18	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	< 4
19	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
20	I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	< 4
21	R40.0	Somnolenz	< 4
22	K83.1	Verschluss des Gallenganges	< 4
23	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	< 4
24	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4
25	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
26	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	< 4
27	S06.0	Gehirnerschütterung	< 4
28	S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	< 4
29	R57.0	Kardiogener Schock	< 4
30	R57.1	Hypovolämischer Schock	< 4

#### B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	20
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	14
3	I50	Herzinsuffizienz	10
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
5	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	5
6	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	< 4
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	< 4
9	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	< 4

## B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
---	------------	------	----------

## B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	860
2	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	235
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	167
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	113
5	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	94
6	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	83
7	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	82
8	3-202	Native Computertomographie des Thorax	79
9	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	77
10	8-701	Einfache endotracheale Intubation	76
11	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	75
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	74
13	8-83b.01	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	72
14	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	71
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	71
16	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	63
17	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	59
18	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	57
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	54

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
20	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	51
21	8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige	45
22	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	43
23	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	41
24	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	40
25	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	36
26	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	36
27	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	34
28	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	33
29	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	31
30	3-206	Native Computertomographie des Beckens	30

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	860
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	271
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	167
4	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	142
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	125
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	124
7	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	108
8	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	86
9	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	80
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	79

#### B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------	----------

#### B-[3600].11 Personelle Ausstattung

##### B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

## Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0
	Die Intensivstation wird interdisziplinär über die Hauptfachabteilungen Innere Medizin und Anästhesiologie ärztlich betreut.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	0

## – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Facharztbezeichnungen
---	-----------------------

## B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
---	----------------------

## B-[3600].11.2 Pflegepersonal

## Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39
------------------------------------------	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	27,94
	Die Pflegeteams der Intensivstation und der Anästhesiepflege bilden gemeinsam eine Organisationseinheit, die beide Bereiche betreuen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	27,94
Fälle je Vollkraft	5,79

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP02 - Bobath
2	ZP16 - Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
--------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[2200] Urologie

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

Abteilungsart

Belegabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Urologie

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

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

**Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Strasse

Hausnummer

PLZ

Ort

URL

**Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Urologie/Belegarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Martin Gerber

Telefon

06332828340

Fax

E-Mail

T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Strasse

Kaiserstrasse

Hausnummer

14

PLZ

66482

Ort

Zweibrücken

URL

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen



Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU18 - Schmerztherapie
2	VU13 - Tumorchirurgie
3	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
4	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
6	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
7	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
8	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
9	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
10	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems

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

Vollstationäre Fallzahl 7

Teilstationäre Fallzahl 0

Kommentar/Erläuterung

### B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N41.9	Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet	< 4
2	N41.1	Chronische Prostatitis	< 4
3	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	< 4
4	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	< 4
5	N40	Prostatahyperplasie	< 4

#### B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	< 4
2	N40	Prostatahyperplasie	< 4
3	N43	Hydrozele und Spermatozele	< 4

#### B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
---	------------	------	----------

### B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
2	1-465.91	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder	< 4
3	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
4	5-640.0	Operationen am Präputium: Frenulotomie	< 4
5	8-139.00	Andere Manipulationen am Harntrakt: Bougierung der Urethra: Ohne Durchleuchtung	< 4
6	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	< 4
7	1-465.90	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: Weniger als 20 Zylinder	< 4
8	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
9	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	< 4
10	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
3	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	< 4
4	8-139	Andere Manipulationen am Harntrakt	< 4
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4

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

#	Ambulanz	Leistung
---	----------	----------

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	26
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
4	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	< 4
5	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	26

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	< 4
5	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4

## B-[2200].11 Personelle Ausstattung

## B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

## Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	1
Fälle je Vollkraft	7

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

## B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
---	----------------------

## B-[2200].11.2 Pflegepersonal

## Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39
------------------------------------------	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0 Das Personal ist dem Bereich Innere Medizin zugeordnet.
-------------------------	--------------------------------------------------------------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0 Das Personal ist dem Bereich Innere Medizin zugeordnet.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</b>	
Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 - Praxisanleitung

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

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

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

**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

## B-[3751] Radiologie

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

Abteilungsart Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Radiologie

## B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

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

## Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Oberärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anke Doerr
Telefon	06332829046
Fax	
E-Mail	A.Doerr@nardiniklinikum.de
Strasse	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
PLZ	66842
Ort	Zweibrücken
URL	

## Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	
Titel, Vorname, Name	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Strasse	
Hausnummer	
PLZ	
Ort	
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen



Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
2	VR44 - Teleradiologie
3	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
4	VR17 - Lymphographie
5	VR15 - Arteriographie
6	VR41 - Interventionelle Radiologie
7	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
8	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
9	VR16 - Phlebographie
10	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ Über die Praxis für Radiologie und Nuklearmedizin in Zweibrücken.
12	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel Über die Praxis für Radiologie und Nuklearmedizin in Zweibrücken.

### B-[3751].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 0

Kommentar/Erläuterung

### B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
---	----------------------	-----------------	----------

### B-[3751].11 Personelle Ausstattung

#### B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften) 1

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 1

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 0

Personal in der ambulanten Versorgung 0

Personal in der stationären Versorgung 1

Fälle je Vollkraft 0

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit 40

**- davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Fälle je Vollkraft	0

**Belegärztinnen und Belegärzte**

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ44 - Nuklearmedizin

**B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

**B-[3751].11.2 Pflegepersonal****Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten**

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39
------------------------------------------	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,52
Fälle je Vollkraft	0

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

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

#### B-[3751].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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

### B-[3751].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

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

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

Abteilungsart

Belegabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

## B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

## Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Strasse

Hausnummer

PLZ

Ort

URL

## Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Facharzt für HNO

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Franz Eckel

Telefon

06332828440

Fax

E-Mail

T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Strasse

Kaiserstrasse

Hausnummer

14

PLZ

66482

Ort

Zweibrücken

URL

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
2	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
3	VH25 - Schnarchoperationen
4	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
5	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
6	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
7	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
8	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
9	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
10	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
11	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
12	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
13	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
14	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
15	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
16	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 0

Kommentar/Erläuterung

**B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
---	------------------	-----------------	----------

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------------------	----------

**B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen**

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
---	------------	------	----------

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



#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
---	----------------------	-----------------	----------

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------------------	----------

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------	----------

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

#	Ambulanz	Leistung
---	----------	----------

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

#	Ambulanz	Leistung
---	----------	----------

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------	----------

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------------------	----------

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

**Belegärztinnen und Belegärzte**

Anzahl	2
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
---	----------------------

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten**

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39
------------------------------------------	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Das Personal ist dem Bereich Chirurgie zugeordnet.

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

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

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

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

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

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
-------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
------------------------------------------------	---

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
-------------------------------------------------	---

Personal in der ambulanten Versorgung	0
---------------------------------------	---

Personal in der stationären Versorgung	0
----------------------------------------	---

Fälle je Vollkraft

0

B-[3700] Anästhesie

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

Abteilungsart Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Anästhesie

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

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

**Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Detlev Christiansen
Telefon	06332829004
Fax	
E-Mail	D.Christiansen@nardiniklinikum.de
Strasse	Kaiserstrasse
Hausnummer	14
PLZ	66842
Ort	Zweibrücken
URL	

**Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	
Titel, Vorname, Name	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Strasse	
Hausnummer	
PLZ	
Ort	
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Erläuterungen, wenn sich nicht an die Empfehlung der DKG gehalten wurde

Erläuterungen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
	VX00 - („Sonstiges“): („Sonstiges“)
1	<p><b>Apparative Ausstattung: Bronchoskop/Videoendoskop</b></p> <p>Der Abteilung stehen modernste Geräte zur Durchführung und Überwachung der Allgemein- und Regionalanästhesie zur Verfügung (Narkosegeräte, Nervenstimulationsgerät, Ultraschallgerät, EEG zur Narkosetiefeüberwachung (24 Std. verfügbar).</p>
2	<p>VC00 - („Sonstiges“): Anästhesie</p> <p><b>Durchführung/Überwachung: Regional- u. Allgemeinanästhesien</b></p> <p><b>Fiberoptische/ videoendoskopische Intubationen</b></p> <p><b>Eigenblutspende</b></p> <p><b>Transfusionsmedizin + Blutlabor</b></p> <p><b>Monitoring</b></p>

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	

**B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
---	------------------	-----------------	----------

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
---	------------	-------------------------	----------

**B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

**B-[3700].11 Personelle Ausstattung**

**B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	
Anzahl (in Vollkräften)	5,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5,85



Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

### - davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,6
Fälle je Vollkraft	0

### Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ02 - Anatomie

#### B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

#### B-[3700].11.2 Pflegepersonal

### Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39
------------------------------------------	----

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

Anzahl (in Vollkräften)	0 Die Pflegeteams der Anästhesiepflege und der Intensivstation bilden eine Organisationseinheit, die beide Bereiche gemeinsam betreuen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

#### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP18 - Dekubitusmanagement
2	ZP01 - Basale Stimulation ZP14 - Schmerzmanagement
3	z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
4	ZP02 - Bobath

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	
Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0
--------------------	---

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

##### 09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	49
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	37
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

##### 09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	15
Dokumentationsrate	93,33
Anzahl Datensätze Standort	11
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

##### 09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	120
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

##### 09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

##### 09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

##### 09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

**10/2 - Karotis-Revaskularisation**

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	85,71
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet

**15/1 - Gynäkologische Operationen**

Fallzahl	301
Dokumentationsrate	101,33
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet

**16/1 - Geburtshilfe**

Fallzahl	832
Dokumentationsrate	99,4
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet

**17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Fallzahl	115
Dokumentationsrate	98,26
Anzahl Datensätze Standort	58
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet

**18/1 - Mammachirurgie**

Fallzahl	96
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet

**DEK - Dekubitusprophylaxe**

Fallzahl	538
Dokumentationsrate	100,93
Anzahl Datensätze Standort	325
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet

**HCH\_AK\_CHIR - Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



**HCH - Herzchirurgie**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**HCH\_KC - Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**HCH\_AK\_KATH - Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**HEP - Hüftendoprothesenversorgung**

Fallzahl	587
Dokumentationsrate	100,68
Anzahl Datensätze Standort	151
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**HEP\_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	41
Dokumentationsrate	95,12
Anzahl Datensätze Standort	7
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**HTXM - Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**HEP\_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation**

Fallzahl	552
Dokumentationsrate	100,72
Anzahl Datensätze Standort	146
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**HTXM\_MKU - Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**HTXM\_TX - Zählleistungsbereich Herztransplantation**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**KEP - Knieendoprothesenversorgung**

Fallzahl	263
Dokumentationsrate	98,48
Anzahl Datensätze Standort	64
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**KEP\_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation**

Fallzahl	244
Dokumentationsrate	97,95
Anzahl Datensätze Standort	60
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**KEP\_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	20
Dokumentationsrate	105
Anzahl Datensätze Standort	4
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**LLS - Leberlebendspende**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**LTX - Lebertransplantation**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**LUTX - Lungen- und Herz-Lungentransplantation**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**NEO - Neonatologie**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**NLS - Nierenlebenspende**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**PCI\_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)**

Fallzahl	650
Dokumentationsrate	100,46
Anzahl Datensätze Standort	437
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie**

Fallzahl	486
Dokumentationsrate	102,06
Anzahl Datensätze Standort	247
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

**PNTX - Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation**

Fallzahl	0
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

## C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2005</b>
--------------------	-------------

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,13
Vertrauensbereich bundesweit	99,09 - 99,16
Rechnerisches Ergebnis	96,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,96 - 98,41
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	256
Beobachtete Ereignisse	248
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## **2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,16
Vertrauensbereich bundesweit	99,13 - 99,20
Rechnerisches Ergebnis	96,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,86 - 98,38
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	252
Beobachtete Ereignisse	244
<b>3. 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)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,44
Vertrauensbereich bundesweit	98,24 - 98,62
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232000_2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,85 - 98,95
Rechnerisches Ergebnis	94,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,51 - 97,45
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	103
<b>5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232001_2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,89 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	94,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,30 - 97,40
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	101

**6. 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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

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



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,81
Vertrauensbereich bundesweit	97,41 - 98,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<p><b>7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b></p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	90,98
Vertrauensbereich bundesweit	90,82 - 91,14
Rechnerisches Ergebnis	98,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,10 - 99,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	91
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232003_2009</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	66,88
Vertrauensbereich bundesweit	66,70 - 67,06
Rechnerisches Ergebnis	90,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,12 - 93,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	233
Beobachtete Ereignisse	211

**9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	92,29 - 92,59
Rechnerisches Ergebnis	99,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,47 - 99,85
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	120
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232004_2013</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	92,77
Vertrauensbereich bundesweit	92,56 - 92,97
Rechnerisches Ergebnis	98,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,55 - 99,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	55
<b>11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	96,55
Vertrauensbereich bundesweit	96,47 - 96,63
Rechnerisches Ergebnis	91,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,28 - 94,96

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	198
Beobachtete Ereignisse	182

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Ergebnis-ID 232005\_2028**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,74
Vertrauensbereich bundesweit	95,61 - 95,86
Rechnerisches Ergebnis	88,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,75 - 93,89
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	79
Beobachtete Ereignisse	70

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2036</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich bundesweit	98,74 - 98,83
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,91 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	180
Beobachtete Ereignisse	180
<p><b>14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b></p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232006_2036</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036



Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,58 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,73 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	69

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

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,02 - 2,74
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	7,62
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232007_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 1,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	29,74
<b>17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde</b>	

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232010_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 1,23
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	143
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	22,12

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	17,66
Vertrauensbereich bundesweit	17,46 - 17,85
Rechnerisches Ergebnis	22,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	16,05 - 31,67
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	25

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232008_231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,18
Vertrauensbereich bundesweit	18,04 - 18,31
Rechnerisches Ergebnis	17,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,40 - 22,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	256
Beobachtete Ereignisse	45

**20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,72
Vertrauensbereich bundesweit	96,66 - 96,78
Rechnerisches Ergebnis	93,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,90 - 96,04
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	251
Beobachtete Ereignisse	235
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232009_50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich bundesweit	96,57 - 96,75
Rechnerisches Ergebnis	95,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,62 - 98,01
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	103
<p><b>22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b></p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,07 - 1,78
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9504
Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	42,59
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,28 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Ergebnis-ID** 52326

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit %

Bundesergebnis 0,34

Vertrauensbereich bundesweit 0,33 - 0,34

Rechnerisches Ergebnis 0,61

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,47 - 0,79

#### Fallzahl

Grundgesamtheit 9504

Beobachtete Ereignisse 58

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

**Ergebnis-ID** 521801

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>25. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521800</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,04
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9504
Beobachtete Ereignisse	0

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,04
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9504
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51906</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 142,14
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91">https://www.g-ba.de/richtlinien/91</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
<p>Einheit</p>	<p>%</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,15</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>1,04 - 1,27</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>-</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>&lt;= 5,00 %</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>



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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:  <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91">https://www.g-ba.de/richtlinien/91</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,39
Vertrauensbereich bundesweit	6,97 - 7,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172000_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,08
Vertrauensbereich bundesweit	9,83 - 12,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172001_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	13,17
Vertrauensbereich bundesweit	12,08 - 14,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Einheit	%
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>33. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,88
Vertrauensbereich bundesweit	18,16 - 19,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 43,52 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	89,00
Vertrauensbereich bundesweit	88,68 - 89,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>35. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,30
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**36. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,65
Vertrauensbereich bundesweit	97,57 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	96,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,44 - 98,48
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	99
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54002</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,06
Vertrauensbereich bundesweit	91,65 - 92,45
Rechnerisches Ergebnis	71,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	35,89 - 91,78
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**38. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,82
Vertrauensbereich bundesweit	8,60 - 9,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**39. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,09
Vertrauensbereich bundesweit	97,01 - 97,17
Rechnerisches Ergebnis	98,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,26 - 99,47

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	102

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,90 - 2,55
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	6,33
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**41. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)****Ergebnis-ID** 54016

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit %

Bundesergebnis 1,44

Vertrauensbereich bundesweit 1,39 - 1,50

Rechnerisches Ergebnis 4,85

Vertrauensbereich Krankenhaus 2,09 - 10,86

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 103

Beobachtete Ereignisse 5

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich &lt;= 6,67 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**42. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)****Ergebnis-ID** 54017

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,48
Vertrauensbereich bundesweit	7,08 - 7,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 19,43 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>43. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,69
Vertrauensbereich bundesweit	4,53 - 4,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 11,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>44. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54019</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,31
Vertrauensbereich bundesweit	2,24 - 2,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,59 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>45. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 3,20
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**46. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehlage, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191800_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,73
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32

**47. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191801_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a></p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 4,28
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<p><b>48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b></p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	2,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,57 - 4,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	4,91
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,56 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,05
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden</p> <p>Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a></p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,53 - 2,57
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,08

**51. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**

Ergebnis-ID	<b>54030</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	9,11
Vertrauensbereich bundesweit	8,88 - 9,35
Rechnerisches Ergebnis	14,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,42 - 25,74
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	8
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>52. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54050</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,54
Vertrauensbereich bundesweit	97,40 - 97,67
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,24 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	53
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>53. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	2,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,28 - 2,96
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	6,35
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**54. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54029</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,88 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**55. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54042</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 1,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	56

Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,68
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,46 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden</p> <p>Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,05

Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,22
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,95

**57. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50055</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	91,97
Vertrauensbereich bundesweit	91,58 - 92,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**58. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50005</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. • McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368. • Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	97,70
Vertrauensbereich bundesweit	97,49 - 97,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>59. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52131</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Agregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,55



Vertrauensbereich bundesweit	91,22 - 91,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 60. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	0,83

Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,53 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**61. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannt-ten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	96,26
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**62. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt**

**Ergebnis-ID 131802**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 63. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

**Ergebnis-ID** **52325**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 64. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

**Ergebnis-ID** **131803**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	53,76
Vertrauensbereich bundesweit	53,05 - 54,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>65. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 92,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**66. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52307</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,64
Vertrauensbereich bundesweit	98,54 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	97,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,47 - 99,49
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	34
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>67. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>111801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar



**68. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich****Ergebnis-ID** 101803

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Einheit %

Bundesergebnis 96,40

Vertrauensbereich bundesweit 96,26 - 96,54

Rechnerisches Ergebnis 80,56

Vertrauensbereich Krankenhaus	64,97 - 90,25
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	29
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>69. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54140</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

Einheit	%
Bundesergebnis	99,54
Vertrauensbereich bundesweit	99,49 - 99,59
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,36 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	36
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52139</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Ge raedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	88,41
Vertrauensbereich bundesweit	88,20 - 88,62
Rechnerisches Ergebnis	87,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,76 - 94,27
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	43
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 2,71

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,38
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>72. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Revi sion, 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 Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,38
Vertrauensbereich bundesweit	95,30 - 95,46
Rechnerisches Ergebnis	92,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,84 - 95,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	144
Beobachtete Ereignisse	133
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**74. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers



Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,42
Vertrauensbereich bundesweit	1,34 - 1,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>75. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	53,31
Vertrauensbereich bundesweit	52,95 - 53,67
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 3,97
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>121800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,60 - 0,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**78. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52315</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>79. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51404</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,19
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	54,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,21 - 97,83
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 80. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,97
Vertrauensbereich bundesweit	97,89 - 98,05
Rechnerisches Ergebnis	96,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,68 - 99,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	53
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,52
Vertrauensbereich bundesweit	97,31 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>82. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54022</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,75 - 92,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>83. 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)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54123</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 4,55 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**84. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50481</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,20
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,54
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 11,45 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>85. 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)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54124</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,02
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,20 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>86. 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)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54125</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,19
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,56
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 14,29 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>87. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,22
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	4,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,84 - 25,40
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,66 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54127</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,75
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56000</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Einheit	%
Bundesergebnis	61,88
Vertrauensbereich bundesweit	61,68 - 62,08
Rechnerisches Ergebnis	73,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,51 - 78,60
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	290
Beobachtete Ereignisse	214
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>90. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56001</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



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

Einheit	%
Bundesergebnis	29,94
Vertrauensbereich bundesweit	29,74 - 30,15
Rechnerisches Ergebnis	16
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,32 - 20,28
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	325
Beobachtete Ereignisse	52
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**91. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56003</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	74,55
Vertrauensbereich bundesweit	74,09 - 75,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 92. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,21
Vertrauensbereich bundesweit	3,03 - 3,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 8,78 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**93. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56005</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren 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/>

Bundesergebnis	0,90
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
------------------------------	-------------

Rechnerisches Ergebnis	0,38
------------------------	------

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 0,55
-------------------------------	-------------

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	478
-----------------	-----

Beobachtete Ereignisse	26
------------------------	----

Erwartete Ereignisse	68,76
----------------------	-------

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 1,60 (95. Perzentil)
-----------------	-------------------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
-----------------------------------------	-------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
---------------------------------------	-----

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

#### 94. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56006</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**95. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56007</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 1,00

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	28,92
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**96. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56008</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,24
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	1,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,92 - 2,96
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	639

Beobachtete Ereignisse	11
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**97. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56009</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich bundesweit	4,70 - 4,82
Rechnerisches Ergebnis	4,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,10 - 6,88
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	487
Beobachtete Ereignisse	23
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,60 % (95. Perzentil)



Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 98. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56010</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	18,19
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 18,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 99. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56011</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,14
Vertrauensbereich bundesweit	11,03 - 11,26
Rechnerisches Ergebnis	11,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,43 - 17,69
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	18
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>100. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56014</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen">https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,25
Vertrauensbereich bundesweit	93,00 - 93,49
Rechnerisches Ergebnis	80
Vertrauensbereich Krankenhaus	49,72 - 95,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	8
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>101. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56016</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren 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/>

Einheit	%
Bundesergebnis	95,07
Vertrauensbereich bundesweit	94,99 - 95,16
Rechnerisches Ergebnis	92,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,87 - 96,32
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	142
Beobachtete Ereignisse	132
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

## Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Auswahl
1	Schlaganfall ( [Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

#	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 2
2	Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

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

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

##### **Kniegelenk-Totalendoprothesen**

Erbrachte Menge	55
Begründung	
Erläuterungen	

#### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

##### **Kniegelenk-Totalendoprothesen**

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	55
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	72
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	32
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	9
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 201
		6,37 ;
		1,00 ;
		6,13 ;
		0,00 ;
		5,52 ;
		6,38 ;
1	Kardiologie - 3C (ZINN) - Tagschicht	6,85 ;
		2,00 ;
		6,90 ;
		5,00 ;
		6,18 ;
		3,00 ;
		6,52 ;
		4,00 ;
		7,19 ;
		5,01 ;
		6,98
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 191
		13,84 ;
		0,00 ;
		12,74 ;
		11,24 ;
		6,00 ;
2	Kardiologie - 3C (ZINN) - Nachtschicht	10,64 ;
		11,65 ;
		11,20 ;
		3,00 ;
		10,30 ;
		9,38 ;
		8,26 ;
		13,27 ;
		9,15

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 313
		7,04 ;
		0,00 ;
		6,76 ;
		2,00 ;
		5,64 ;
		1,00 ;
3	Innere Medizin, Kardiologie - 4AB (ZINN) - Tagschicht	6,20 ;
		6,57 ;
		7,38 ;
		7,02 ;
		8,55 ;
		5,00 ;
		7,43 ;
		7,60 ;
		3,00 ;
		7,73
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 291
		15,35 ;
		3,00 ;
		13,20 ;
		2,00 ;
		13,11 ;
		10,00 ;
		15,22 ;
4	Innere Medizin, Kardiologie - 4AB (ZINN) - Nachtschicht	9,00 ;
		13,02 ;
		0,00 ;
		15,83 ;
		8,00 ;
		14,09 ;
		15,59 ;
		6,00 ;
		15,21 ;
		13,38

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 220
		5,37 ;
		0,00 ;
		5,79 ;
		4,17 ;
5	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 4C (ZCHI) - Tagschicht	4,06 ;
		5,13 ;
		5,76 ;
		5,90 ;
		5,56 ;
		5,50 ;
		5,81 ;
		2,96
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 208
		11,27 ;
		0,00 ;
		12,82 ;
		2,00 ;
		7,28 ;
6	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 4C (ZCHI) - Nachtschicht	7,34 ;
		10,39 ;
		11,00 ;
		11,38 ;
		10,76 ;
		1,00 ;
		9,95 ;
		10,17 ;
		5,06



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 278
		5,99 ;
		0,00 ;
		2,00 ;
		5,55 ;
		5,92 ;
7	Allgemeine Chirurgie - 5AB (ZCHI) - Tagschicht	6,44 ;
		6,30 ;
		6,75 ;
		7,41 ;
		4,00 ;
		6,91 ;
		8,84 ;
		6,00 ;
		11,44 ;
		18,00
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 267
		13,89 ;
		1,00 ;
		12,02 ;
		11,61 ;
		11,28 ;
		11,83 ;
		2,00 ;
8	Allgemeine Chirurgie - 5AB (ZCHI) - Nachtschicht	13,20 ;
		7,00 ;
		12,07 ;
		13,79 ;
		5,00 ;
		12,73 ;
		4,00 ;
		15,81 ;
		20,73 ;
		18,00

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 219
		0,00 ;
		3,33 ;
		3,00 ;
		6,32 ;
		7,34 ;
		2,00 ;
9	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 5C (ZCHI) - Tagschicht	7,40 ;
		8,22 ;
		9,00 ;
		8,03 ;
		8,00 ;
		8,24 ;
		7,85 ;
		5,00 ;
		8,67 ;
		11,00
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 208
		0,00 ;
		7,83 ;
		11,72 ;
		2,00 ;
		12,11 ;
		1,00 ;
		11,15 ;
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 5C (ZCHI) - Nachtschicht	12,88 ;
		18,42 ;
		11,00 ;
		12,86 ;
		4,00 ;
		15,52 ;
		14,29 ;
		8,00 ;
		19,98 ;
		19,00

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 262
		6,25 ;
		0,00 ;
		5,99 ;
		6,15 ;
		5,41 ;
11	Innere Medizin - 6A/B (ZINN) - Tagschicht	6,84 ;
		6,24 ;
		1,00 ;
		5,77 ;
		6,75 ;
		2,00 ;
		7,11 ;
		6,97 ;
		7,20
		100 %
		Ausnahmetatbestände: 247
		14,37 ;
		1,00 ;
		15,95 ;
		5,00 ;
		13,91 ;
12	Innere Medizin - 6A/B (ZINN) - Nachtschicht	0,00 ;
		10,99 ;
		13,17 ;
		12,11 ;
		12,05 ;
		13,88 ;
		13,04 ;
		13,78 ;
		12,98

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 % Ausnahmetatbestände: 196 6,54 ; 0,00 ; 6,76 ; 6,35 ; 7,93 ; 2,00 ; 7,06 ; 3,00 ; 8,96 ; 9,00 ; 8,86 ; 12,00 ; 7,67 ; 5,00
13	Innere Medizin - 6C (ZINN) - Tagschicht	
14	Innere Medizin - 6C (ZINN) - Nachtschicht	100 % Ausnahmetatbestände: 188 19,19 ; 27,00 ; 11,21 ; 0,00 ; 15,69 ; 3,00 ; 14,48 ; 15,94 ; 2,00 ; 14,15 ; 14,39 ; 13,82
		100 % Ausnahmetatbestände: 65 1,03 ; 0,00 ; 1,01 ; 1,21 ; 0,95 ; 1,12 ; 1,19 ; 1,16 ; 0,93 ; 1,09 ; 1,08 ; 1,05
15	Innere Medizin - Intensivstation (ZINTI) - Tagschicht	

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
16	Innere Medizin - Intensivstation (ZINTI) - Nachtschicht	100 % Ausnahmetatbestände: 74 2,03 ; 0,00 ; 2,09 ; 2,36 ; 1,83 ; 2,02 ; 1,87 ; 1,94 ; 1,81 ; 1,95 ; 1,91 ; 1,80

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Kardiologie - 3C (ZINN) - Tagschicht	98,12 % 6,37 ; 1,00 ; 6,13 ; 0,00 ; 5,52 ; 6,38 ; 6,85 ; 2,00 ; 6,90 ; 5,00 ; 6,18 ; 3,00 ; 6,52 ; 4,00 ; 7,19 ; 5,01 ; 6,98

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
2	Kardiologie - 3C (ZINN) - Nachtschicht	98,83 %
		13,84 ;
		0,00 ;
		12,74 ;
		11,24 ;
		6,00 ;
		10,64 ;
		11,65 ;
		11,20 ;
		3,00 ;
		10,30 ;
		9,38 ;
		8,26 ;
		13,27 ;
		9,15
3	Innere Medizin, Kardiologie - 4AB (ZINN) - Tagschicht	98,35 %
		7,04 ;
		0,00 ;
		6,76 ;
		2,00 ;
		5,64 ;
		1,00 ;
		6,20 ;
		6,57 ;
		7,38 ;
		7,02 ;
		8,55 ;
		5,00 ;
		7,43 ;
		7,60 ;
3,00 ;		
7,73		

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
4	Innere Medizin, Kardiologie - 4AB (ZINN) - Nachtschicht	99,13 %
		15,35 ;
		3,00 ;
		13,20 ;
		2,00 ;
		13,11 ;
		10,00 ;
		15,22 ;
		9,00 ;
		13,02 ;
		0,00 ;
		15,83 ;
		8,00 ;
		14,09 ;
		15,59 ;
		6,00 ;
15,21 ;		
13,38		
5	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 4C (ZCHI) - Tagschicht	97,32 %
		5,37 ;
		0,00 ;
		5,79 ;
		4,17 ;
		4,06 ;
		5,13 ;
		5,76 ;
		5,90 ;
		5,56 ;
		5,50 ;
		5,81 ;
2,96		

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 4C (ZCHI) - Nachtschicht	98,59 %
		11,27 ;
		0,00 ;
		12,82 ;
		2,00 ;
		7,28 ;
		7,34 ;
		10,39 ;
		11,00 ;
		11,38 ;
		10,76 ;
		1,00 ;
		9,95 ;
		10,17 ;
		5,06
7	Allgemeine Chirurgie - 5AB (ZCHI) - Tagschicht	98,13 %
		5,99 ;
		0,00 ;
		2,00 ;
		5,55 ;
		5,92 ;
		6,44 ;
		6,30 ;
		6,75 ;
		7,41 ;
		4,00 ;
		6,91 ;
		8,84 ;
		6,00 ;
		11,44 ;
18,00		



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
8	Allgemeine Chirurgie - 5AB (ZCHI) - Nachtschicht	98,97 %
		13,89 ;
		1,00 ;
		12,02 ;
		11,61 ;
		11,28 ;
		11,83 ;
		2,00 ;
		13,20 ;
		7,00 ;
		12,07 ;
		13,79 ;
		5,00 ;
		12,73 ;
		4,00 ;
		15,81 ;
		20,73 ;
18,00		
9	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 5C (ZCHI) - Tagschicht	98,11 %
		0,00 ;
		3,33 ;
		3,00 ;
		6,32 ;
		7,34 ;
		2,00 ;
		7,40 ;
		8,22 ;
		9,00 ;
		8,03 ;
		8,00 ;
		8,24 ;
		7,85 ;
		5,00 ;
		8,67 ;
		11,00

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - 5C (ZCHI) - Nachtschicht	98,96 %
		0,00 ;
		7,83 ;
		11,72 ;
		2,00 ;
		12,11 ;
		1,00 ;
		11,15 ;
		12,88 ;
		18,42 ;
		11,00 ;
		12,86 ;
		4,00 ;
		15,52 ;
		14,29 ;
		8,00 ;
		19,98 ;
19,00		
11	Innere Medizin - 6A/B (ZINN) - Tagschicht	98 %
		6,25 ;
		0,00 ;
		5,99 ;
		6,15 ;
		5,41 ;
		6,84 ;
		6,24 ;
		1,00 ;
		5,77 ;
		6,75 ;
		2,00 ;
7,11 ;		
6,97 ;		
7,20		

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
12	Innere Medizin - 6A/B (ZINN) - Nachtschicht	99 % 14,37 ; 1,00 ; 15,95 ; 5,00 ; 13,91 ; 0,00 ; 10,99 ; 13,17 ; 12,11 ; 12,05 ; 13,88 ; 13,04 ; 13,78 ; 12,98
13	Innere Medizin - 6C (ZINN) - Tagschicht	98,2 % 6,54 ; 0,00 ; 6,76 ; 6,35 ; 7,93 ; 2,00 ; 7,06 ; 3,00 ; 8,96 ; 9,00 ; 8,86 ; 12,00 ; 7,67 ; 5,00
14	Innere Medizin - 6C (ZINN) - Nachtschicht	98,95 % 19,19 ; 27,00 ; 11,21 ; 0,00 ; 15,69 ; 3,00 ; 14,48 ; 15,94 ; 2,00 ; 14,15 ; 14,39 ; 13,82

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		94,75 %
		1,03 ;
		0,00 ;
		1,01 ;
		1,21 ;
		0,95 ;
15	Innere Medizin - Intensivstation (ZINTI) - Tagschicht	1,12 ;
		1,19 ;
		1,16 ;
		0,93 ;
		1,09 ;
		1,08 ;
		1,05
		96,75 %
		2,03 ;
		0,00 ;
		2,09 ;
		2,36 ;
		1,83 ;
16	Innere Medizin - Intensivstation (ZINTI) - Nachtschicht	2,02 ;
		1,87 ;
		1,94 ;
		1,81 ;
		1,95 ;
		1,91 ;
		1,80