



Strukturierter Qualitätsbericht

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

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	35
	Einleitung	35
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	36
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	36
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	37
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	37
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	37
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	42
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	43
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	44
A-9	Anzahl der Betten	45
A-10	Gesamtfallzahlen	45
A-11	Personal des Krankenhauses	45
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	49
A-13	Besondere apparative Ausstattung	61
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	62
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	64
B-[0100]	I. Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Nephrologie, Geriatrie, Stoffwechselerkrankungen, Ernährungsmedizin und Infektionskrankheiten	65
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	65
B-[0100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	65
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	65

B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	69
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen	70
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	72
B-[0100].7.2	Kompetenzprozeduren	74
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	74
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	74
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	75
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	75
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[0100].11	Personelle Ausstattung	76
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	77
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	77
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	77
B-[0100].11.2	Pflegepersonal	78

B-[0100].11.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	79
B-[0100].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	79
B-[0100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	80
B-[0500]	II. Medizinische Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin	.....	81
B-[0500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	81
B-[0500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	81
B-[0500].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	81
B-[0500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	81
B-[0500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	82
B-[0500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	83
B-[0500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	83
B-[0500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	84
B-[0500].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	85
B-[0500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	86
B-[0500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	87
B-[0500].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	89
B-[0500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	89
B-[0500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	89
B-[0500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	90

B- [0500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	90
B- [0500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	90
B- [0500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	90
B- [0500].11	Personelle Ausstattung	90
B- [0500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	90
B- [0500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	91
B- [0500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	91
B- [0500].11.2	Pflegepersonal	91
B- [0500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	92
B- [0500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	93
B- [0500].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	93
B-[0300]	III. Medizinische Klinik für Kardiologie und Pneumologie	94
B- [0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B- [0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	94
B- [0300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	94
B- [0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	94
B- [0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	95
B- [0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	95
B- [0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	95
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	97

[0300].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	98
[0300].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	98
[0300].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	100
[0300].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	102
[0300].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	102
[0300].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	102
[0300].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	103
[0300].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	103
[0300].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	103
[0300].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der [0300].10 Berufsgenossenschaft	103
B-	Personelle Ausstattung	104
[0300].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	104
[0300].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	104
[0300].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	104
[0300].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	104
[0300].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte [0300].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	106
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – [0300].11.2.2 Zusatzqualifikation	106
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [0300].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	106
B-	Zentrale Notaufnahme	107

[3700_1]	
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	107
[3700_1].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	107
[3700_1].1.1	
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	107
[3700_1].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	107
[3700_1].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der	108
[3700_1].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	109
[3700_1].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD	109
[3700_1].6	
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	111
[3700_1].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	112
[3700_1].6.2	
B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS	112
[3700_1].7	
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	114
[3700_1].7.1	
B- Kompetenzprozeduren	115
[3700_1].7.2	
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	115
[3700_1].8	
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	115
[3700_1].8.1	
B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	115
[3700_1].8.2	
B- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	115
[3700_1].9	
B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	116
[3700_1].9.1	
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	117
[3700_1].10 Berufsgenossenschaft	
B- Personelle Ausstattung	117

[3700_1].11

B- Ärzte und Ärztinnen 117
[3700_1].11.1

B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 118
[3700_1].11.1.1

B- Zusatzweiterbildung 118
[3700_1].11.1.2

B- Pflegepersonal 118
[3700_1].11.2

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte 119
[3700_1].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – 120
[3700_1].11.2.2 Zusatzqualifikation

B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in 120
[3700_1].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Gefäß- und 121
Kinderchirurgie

B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 121
[1500].1

B- Fachabteilungsschlüssel 121
[1500].1.1

B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 121
[1500].1.2

B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 121
[1500].2

B- Medizinische Leistungsangebote der 122
[1500].3 Organisationseinheit/Fachabteilung

B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 123
[1500].5

B- Hauptdiagnosen nach ICD 123
[1500].6

B- Hauptdiagnosen 3-stellig 125
[1500].6.1

B- Kompetenzdiagnosen 126
[1500].6.2

B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS 126
[1500].7

B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 128

[1500].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	129
[1500].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	129
[1500].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	130
[1500].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	132
[1500].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	132
[1500].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	134
[1500].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	135
[1500].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	135
[1500].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	135
[1500].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	136
[1500].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	136
[1500].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	136
[1500].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	137
[1500].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	137
[1500].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	138
[1500].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1600]	Klinik für Unfall-, Hand-, Wiederherstellungs-, Neuro- und	139
	Wirbelsäulenchirurgie	
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	139
[1600].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	139
[1600].1.1		
B-	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	139

[1600].1.2		
B-[1600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	139
B-[1600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	140
B-[1600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	142
B-[1600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	142
B-[1600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	143
B-[1600].6.2	Kompetenzdiagnosen	144
B-[1600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	145
B-[1600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	147
B-[1600].7.2	Kompetenzprozeduren	148
B-[1600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	148
B-[1600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	149
B-[1600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	151
B-[1600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	151
B-[1600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	153
B-[1600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	154
B-[1600].11	Personelle Ausstattung	154
B-[1600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	154
B-[1600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	155
B-	Zusatzweiterbildung	155

[1600].11.1.2

B- Pflegepersonal	156

[1600].11.2

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	157

[1600].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	157

[1600].11.2.2 Zusatzqualifikation

B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	157

[1600].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2300] Klinik für Orthopädie	158

B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	158

[2300].1

B- Fachabteilungsschlüssel	158

[2300].1.1

B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	158

[2300].1.2

B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	158

[2300].2

B- Medizinische Leistungsangebote der	159

[2300].3 Organisationseinheit/Fachabteilung

B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	160

[2300].5

B- Hauptdiagnosen nach ICD	160

[2300].6

B- Hauptdiagnosen 3-stellig	162

[2300].6.1

B- Kompetenzdiagnosen	163

[2300].6.2

B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS	164

[2300].7

B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	166

[2300].7.1

B- Kompetenzprozeduren	167

[2300].7.2

B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	167

[2300].8

B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	167

[2300].8.1

B-[2300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	168
B-[2300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	168
B-[2300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	170
B-[2300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	171
B-[2300].11	Personelle Ausstattung	171
B-[2300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	171
B-[2300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	172
B-[2300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	172
B-[2300].11.2	Pflegepersonal	172
B-[2300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	173
B-[2300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	173
B-[2300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	174
B-[2100].1	Klinik für Herzchirurgie	175
B-[2100].1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	175
B-[2100].1.1.1	Fachabteilungsschlüssel	175
B-[2100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	175
B-[2100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	175
B-[2100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	176
B-[2100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	176

B- [2100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	177
B- [2100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	178
B- [2100].6.2	Kompetenzdiagnosen	179
B- [2100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	180
B- [2100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	182
B- [2100].7.2	Kompetenzprozeduren	183
B- [2100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	183
B- [2100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	183
B- [2100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	183
B- [2100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	184
B- [2100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	184
B- [2100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	184
B- [2100].11	Personelle Ausstattung	184
B- [2100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	184
B- [2100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	185
B- [2100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	185
B- [2100].11.2	Pflegepersonal	185
B- [2100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	186
B- [2100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	186

B- [2100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	186
B-[2400]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	.....	187
B- [2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	187
B- [2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	187
B- [2400].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	187
B- [2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	187
B- [2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	188
B- [2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	189
B- [2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	189
B- [2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	190
B- [2400].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	192
B- [2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	193
B- [2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	194
B- [2400].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	196
B- [2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	196
B- [2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	196
B- [2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	197
B- [2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	197
B- [2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	199
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	.....	200

[2400].10	Berufsgenossenschaft	
B-[2400].11	Personelle Ausstattung	200
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	200
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	201
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	201
B-[2400].11.2	Pflegepersonal	201
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	202
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	203
B-[2400].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	203
B-[3600].1	Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin	204
B-[3600].1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	204
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	204
B-[3600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	204
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	204
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	205
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	205
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	205
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	206
B-[3600].6.2	Kompetenzdiagnosen	208
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	208

B- [3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	210
B- [3600].7.2	Kompetenzprozeduren	211
B- [3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	211
B- [3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	212
B- [3600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	212
B- [3600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	212
B- [3600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	212
B- [3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	212
B- [3600].11	Personelle Ausstattung	212
B- [3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	212
B- [3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	213
B- [3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	213
B- [3600].11.2	Pflegepersonal	213
B- [3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	214
B- [3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	214
B- [3600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	215
B-[3753]	Teilstationäre Schmerztherapie	216
B- [3753].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	216
B- [3753].1.1	Fachabteilungsschlüssel	216

B- [3753].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	216
B- [3753].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	216
B- [3753].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	217
B- [3753].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	217
B- [3753].6	Hauptdiagnosen nach ICD	217
B- [3753].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	217
B- [3753].6.2	Kompetenzdiagnosen	217
B- [3753].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	217
B- [3753].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	218
B- [3753].7.2	Kompetenzprozeduren	218
B- [3753].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	218
B- [3753].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	218
B- [3753].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	218
B- [3753].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	219
B- [3753].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	219
B- [3753].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	219
B- [3753].11	Personelle Ausstattung	219
B- [3753].11.1	Ärzte und Ärztinnen	219
B- [3753].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	219

B- Zusatzweiterbildung	220
[3753].11.1.2	
B- Pflegepersonal	220
[3753].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	220
[3753].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	220
[3753].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	220
[3753].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2800] Klinik für Neurologie mit zertifizierter (DSG), ...	221
überregionaler Stroke Unit (Akutschlaganfallbehandlung)	
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	221
[2800].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	221
[2800].1.1	
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	221
[2800].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	221
[2800].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der	222
[2800].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	223
[2800].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD	223
[2800].6	
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	225
[2800].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	226
[2800].6.2	
B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS	226
[2800].7	
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	228
[2800].7.1	
B- Kompetenzprozeduren	230
[2800].7.2	
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	230
[2800].8	

B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	230
B-[2800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	231
B-[2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	231
B-[2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	231
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	231
B-[2800].11	Personelle Ausstattung	231
B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	231
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	232
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	232
B-[2800].11.2	Pflegepersonal	232
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	233
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	234
B-[2800].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	234
B-[3751]	Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie/Neuroradiologie	235
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	235
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel	235
B-[3751].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	235
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	235
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	236

B- [3751].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	238
B- [3751].6	Hauptdiagnosen nach ICD	238
B- [3751].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	238
B- [3751].6.2	Kompetenzdiagnosen	238
B- [3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	239
B- [3751].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	240
B- [3751].7.2	Kompetenzprozeduren	241
B- [3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	242
B- [3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	242
B- [3751].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	243
B- [3751].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	244
B- [3751].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	244
B- [3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	245
B- [3751].11	Personelle Ausstattung	245
B- [3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	245
B- [3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	245
B- [3751].11.1.2	Zusatzweiterbildung	246
B- [3751].11.2	Pflegepersonal	246
B- [3751].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	246

B- [3751].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	246
B- [3751].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	246
B- [3700_2]	Institut für Labor- und Transfusionsmedizin		247
B- [3700_2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		247
B- [3700_2].1.1	Fachabteilungsschlüssel		247
B- [3700_2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes		247
B- [3700_2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen		247
B- [3700_2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	248
B- [3700_2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		248
B- [3700_2].6	Hauptdiagnosen nach ICD		248
B- [3700_2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		248
B- [3700_2].6.2	Kompetenzdiagnosen		248
B- [3700_2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		248
B- [3700_2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		251
B- [3700_2].7.2	Kompetenzprozeduren		251
B- [3700_2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		251
B- [3700_2].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		251
B- [3700_2].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)		252
B- [3700_2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V		252

B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe [3700_2].9.1	252
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der [3700_2].1Berufsgenossenschaft	252
B- Personelle Ausstattung [3700_2].11	252
B- Ärzte und Ärztinnen [3700_2].11.1	252
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung [3700_2].11.1.1	252
B- Zusatzweiterbildung [3700_2].11.1.2	252
B- Pflegepersonal [3700_2].11.2	253
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte [3700_2].11.2.1Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	253
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – [3700_2].11.2.2Zusatzqualifikation	253
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [3700_2].11.3Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	253
B-[3200] Klinik für Nuklearmedizin [3200].1	254
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung [3200].1	254
B- Fachabteilungsschlüssel [3200].1.1	254
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes [3200].1.2	254
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen [3200].2	255
B- Medizinische Leistungsangebote der [3200].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	255
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung [3200].5	256
B- Hauptdiagnosen nach ICD [3200].6	256
B- Hauptdiagnosen 3-stellig [3200].6.1	257
B- Kompetenzdiagnosen [3200].6.1	257

[3200].6.2		
B-[3200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	257
B-[3200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	259
B-[3200].7.2	Kompetenzprozeduren	260
B-[3200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	260
B-[3200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	261
B-[3200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	261
B-[3200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	261
B-[3200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	261
B-[3200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	261
B-[3200].11	Personelle Ausstattung	261
B-[3200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	261
B-[3200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	262
B-[3200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	262
B-[3200].11.2	Pflegepersonal	262
B-[3200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	262
B-[3200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	263
B-[3200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	263
B-[3300].1	Klinik für Strahlentherapie/Radioonkologie	264
B-[3300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	264

B- [3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	264
B- [3300].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	264
B- [3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	264
B- [3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	265
B- [3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	265
B- [3300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	265
B- [3300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	266
B- [3300].6.2	Kompetenzdiagnosen	266
B- [3300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	266
B- [3300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	267
B- [3300].7.2	Kompetenzprozeduren	268
B- [3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	268
B- [3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	268
B- [3300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	268
B- [3300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	268
B- [3300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	268
B- [3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	268
B- [3300].11	Personelle Ausstattung	268
B- [3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	268

B- [3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	269
B- [3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	269
B- [3300].11.2	Pflegepersonal	269
B- [3300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	269
B- [3300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	269
B- [3300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	269
B-[1590]	Allgemeine Chirurgie - Belegabteilung	270
B- [1590].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	270
B- [1590].1.1	Fachabteilungsschlüssel	270
B- [1590].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	270
B- [1590].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	271
B- [1590].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	271
B- [1590].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	272
B- [1590].6	Hauptdiagnosen nach ICD	272
B- [1590].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	273
B- [1590].6.2	Kompetenzdiagnosen	274
B- [1590].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	274
B- [1590].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	276
B- [1590].7.2	Kompetenzprozeduren	277

B-[1590].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	278
B-[1590].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	278
B-[1590].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	278
B-[1590].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	278
B-[1590].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	279
B-[1590].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	280
B-[1590].11	Personelle Ausstattung	280
B-[1590].11.1	Ärzte und Ärztinnen	280
B-[1590].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	280
B-[1590].11.1.2	Zusatzweiterbildung	281
B-[1590].11.2	Pflegepersonal	281
B-[1590].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	281
B-[1590].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	281
B-[1590].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	281
B-[2600].1	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	282
B-[2600].1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	282
B-[2600].1.2	Fachabteilungsschlüssel	282
B-[2600].2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	282
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	283
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der	283

[2600].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- [2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	284
B- [2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	284
B- [2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	286
B- [2600].6.2	Kompetenzdiagnosen	287
B- [2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	287
B- [2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	288
B- [2600].7.2	Kompetenzprozeduren	289
B- [2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	289
B- [2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	289
B- [2600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	289
B- [2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	289
B- [2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	290
B- [2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	291
B- [2600].11	Personelle Ausstattung	291
B- [2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	291
B- [2600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	291
B- [2600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	291
B- [2600].11.2	Pflegepersonal	291
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	292

[2600].11. Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[2600].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	292
B-[2600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	292
B-[2200]	Klinik für Urologie	.....	293
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	293
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	293
B-[2200].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	293
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	294
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	295
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	296
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	296
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	297
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	299
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	300
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	301
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	303
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	303
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	303
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	303
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	303

B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe [2200].9.1	304
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der [2200].10 Berufsgenossenschaft	305
B- Personelle Ausstattung [2200].11	305
B- Ärzte und Ärztinnen [2200].11.1	305
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung [2200].11.1.1	305
B- Zusatzweiterbildung [2200].11.1.2	305
B- Pflegepersonal [2200].11.2	305
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte [2200].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	306
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – [2200].11.2.2 Zusatzqualifikation	307
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [2200].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	307
B-[3500] Klinik für Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	308
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung [3500].1	308
B- Fachabteilungsschlüssel [3500].1.1	308
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes [3500].1.2	308
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen [3500].2	309
B- Medizinische Leistungsangebote der [3500].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	309
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung [3500].5	310
B- Hauptdiagnosen nach ICD [3500].6	310
B- Hauptdiagnosen 3-stellig [3500].6.1	311

B- [3500].6.2	Kompetenzdiagnosen	311
B- [3500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	312
B- [3500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	313
B- [3500].7.2	Kompetenzprozeduren	313
B- [3500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	313
B- [3500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	314
B- [3500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	314
B- [3500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	314
B- [3500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	314
B- [3500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	314
B- [3500].11	Personelle Ausstattung	314
B- [3500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	314
B- [3500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	315
B- [3500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	315
B- [3500].11.2	Pflegepersonal	315
B- [3500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	315
B- [3500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	315
B- [3500].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	316
B-[2700]	Klinik für Augenheilkunde	317

B- [2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	317
B- [2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	317
B- [2700].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	317
B- [2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	317
B- [2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	318
B- [2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	318
B- [2700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	318
B- [2700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	318
B- [2700].6.2	Kompetenzdiagnosen	318
B- [2700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	319
B- [2700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	319
B- [2700].7.2	Kompetenzprozeduren	319
B- [2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	319
B- [2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	319
B- [2700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	319
B- [2700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	319
B- [2700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	320
B- [2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	320
B- [2700].11	Personelle Ausstattung	320

B- Ärzte und Ärztinnen	320
[2700].11.1	
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	320
[2700].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	320
[2700].11.1.2	
B- Pflegepersonal	320
[2700].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	321
[2700].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	321
[2700].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	321
[2700].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B- Abteilung für Hygiene	322
[3700_3]	
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	322
[3700_3].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	322
[3700_3].1.1	
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	322
[3700_3].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	323
[3700_3].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der	323
[3700_3].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	324
[3700_3].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD	324
[3700_3].6	
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	324
[3700_3].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	324
[3700_3].6.2	
B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS	324
[3700_3].7	
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	324
[3700_3].7.1	

B-	Kompetenzprozeduren	324
	[3700_3].7.2	
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	324
	[3700_3].8	
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	324
	[3700_3].8.1	
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	324
	[3700_3].8.2	
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	324
	[3700_3].9	
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	325
	[3700_3].9.1	
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	325
	[3700_3].10 Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	325
	[3700_3].11	
B-	Ärzte und Ärztinnen	325
	[3700_3].11.1	
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	325
	[3700_3].11.1.1	
B-	Zusatzweiterbildung	325
	[3700_3].11.1.2	
B-	Pflegepersonal	325
	[3700_3].11.2	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	326
	[3700_3].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	326
	[3700_3].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	326
	[3700_3].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
C	Qualitätssicherung	327
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden	327
	Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112	542
	SGB V	
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-	542
	Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen	543

vergleichenden Qualitätssicherung

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	543
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	545
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	545
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	546
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	549
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	550

Vorwort

Wir bieten unseren Patienten weiterhin eine qualitativ hochwertige Medizin und Pflege, die sich an den geltenden Leitlinien und Standards orientiert und so eine Versorgung auf stets aktuellem wissenschaftlichen Standard sichert. Alle Bereiche des Klinikums unterziehen sich regelmäßig unabhängigen Zertifizierungsverfahren und müssen ihre Qualität laufend unter Beweis stellen. Unsere Patienten haben ein Anrecht auf höchstmögliche Sicherheit bei ihrer Behandlung. Diese zu gewährleisten ist unser Ziel. Mittels Risikoaudits und Fehlermeldesystemen werden potenzielle Risiken erfasst und Gegenmaßnahmen entwickelt. Die Rückmeldung von Patienten nutzen wir zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität. Daher sind wir über jede geäußerte Meinung dankbar.

Das Klinikum Passau nimmt in der Gesundheitsversorgung Ostbayerns die zentrale Stellung ein. Es deckt die Grundversorgung für die Stadt Passau und die Schwerpunktversorgung als Versorgungskrankenhaus der Stufe II für die gesamte Region mit mehr als 300.000 Einwohnern ab.

Mit seinen 660 Betten verteilt auf 19 Fachabteilungen wurden im Jahr 2022 ca. 30.000 Patienten stationär versorgt. Um das Wohl und die Gesundheit der Patienten sorgen sich über 2.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Um dem hohen Patientenaufkommen qualitativ stets auf höchstem Niveau gerecht zu werden, investieren und erweitern wir ständig unsere medizinische Infrastruktur. Trotz des wirtschaftlichen Drucks steht der Patient als Mensch bei uns immer im Mittelpunkt.

Wir danken allen unseren Patienten und Zuweisern, die uns ihr Vertrauen geschenkt haben und auch in Zukunft ihr Vertrauen schenken werden.

Ihr Stefan Nowack
Werkleiter

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 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 2020 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	Werkleiter
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Kfm. Stefan Nowack
Telefon	0851 5300 7700

Fax	0851 7167 0
E-Mail	stefan.nowack@klinikum-passau.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Medizincontrolling
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Georg Well
Telefon	0851 5300 7770
Fax	0851 5300 537789
E-Mail	georg.well@klinikum-passau.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.klinikum-passau.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinikum Passau
PLZ	94032
Ort	Passau
Straße	Innstraße
Hausnummer	76
IK-Nummer	260920069
Standort-Nummer	772859000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	0851
Telefon	53000
E-Mail	info@klinikum-passau.de
Krankenhaus-URL	http://www.klinikum-passau.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikumsverkleiter
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Kfm. Stefan Nowack
Telefon	0851 5300 7700
Fax	0851 7167 0
E-Mail	stefan.nowack@klinikum-passau.de

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias Wettstein
Telefon	0851 5300 7706
Fax	0851 71670
E-Mail	matthias.wettstein@klinikum-passau.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Christian Maier
Telefon	0851 5300 2432
Fax	0851 5300 2292
E-Mail	christian.maier@klinikum-passau.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Stadt Passau
Träger-Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Universität Regensburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Zur reibungslosen Entlassung von pflege- oder reha-bedürftigen Patienten stehen Sozialdienst und Überleitungspflege Patienten und Angehörigen zur Seite. Sie beraten, organisieren Hilfsmittel, übernehmen Anträge und organisieren die Weiterversorgung.</i>
2	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
3	MP57 - Biofeedback-Therapie
4	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
5	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP27 - Musiktherapie
6	<i>Das Team auf der Palliativstation bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Physiotherapeuten etc. wird durch Musik- und Kunsttherapeutinnen unterstützt.</i>
	MP21 - Kinästhetik
7	<i>Es finden regelmäßig Grund- und Aufbaukurse für Pflegekräfte, Altenpflegekräfte und Physiotherapeuten am Klinikum statt.</i>
	MP63 - Sozialdienst
8	<i>Bei einer geplanten häuslichen oder stationären Weiterbehandlung bzw. Anschlussheilbehandlung stehen den Pflegebedürftigen und Angehörigen fünf Mitarbeiter des Sozialdienstes als Ansprechpartner zur Verfügung.</i>
	MP53 - Aromapflege/-therapie
9	<i>auf der Palliativstation und Geburtshilfe</i>
	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
10	<i>Säuglingspflegekurs, Stillseminar, Offener Stilltreff, Stillambulanz, Tragetuchschulung, Harmonische Babymassage, Elternkurs zum Thema Beikost, Geburtsvorbereitungskurse, Akupunktur in der Schwangerschaft, Rückbildungskurse, Yoga in der Schwangerschaft,...</i>
	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
11	<i>Im Rahmen der Krankengymnastik können Patienten auf neurophysiologischer Grundlage behandelt werden. Die Konzepte nach Bobath, Vojta und PNF kommen zur Anwendung.</i>
	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
12	<i>Die Lymphdrainage ist in erster Linie eine Ödem- und Entstauungstherapie angeschwollener Körperregionen (Körperstamm und Extremitäten), die auch als Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) zusammengefaßt wird.</i>
	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
13	<i>Im Rahmen der Krankengymnastik können Patienten auf neurophysiologischer Grundlage behandelt werden. Die Konzepte nach Bobath, Vojta und PNF kommen zur Anwendung.</i>
	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
14	<i>Es werden Einzelschulungen für Diabetiker und Angehörige angeboten, die auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Diabetikers abgestimmt werden. Hieran sind ausgebildete Diabetologen, Diabetesberater und Diätassistenten beteiligt.</i>
	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
15	<i>Kinästhetik-Kurse werden für die Mitarbeiter des Klinikums angeboten.</i>
	MP37 - Schmerztherapie/-management
16	<i>Sowohl ambulant als auch teilstationär (tagesklinische Therapie in Kleingruppen) behandeln wir auf Einweisung von Vertragsärzten oder ermächtigten Krankenhausärzten Patienten mit chronischen Schmerzen. Die häufigsten Diagnosen sind dabei Rücken-, Kopf-, Gesichts-, Tumor- und Nervenschmerzen.</i>
	MP25 - Massage
17	<i>Es werden auf ärztliche Anforderung alle klassischen und reflektorischen Massagetherapieformen durchgeführt. Auf der Palliativstation werden vor allem entspannende Massagen angewandt.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP26 - Medizinische Fußpflege
18	<i>Im Rahmen des DMP-Diabetes mellitus haben wir eine Kooperation mit einer niedergelassenen Podologin, die auf ärztliche Anordnung und auf Wunsch im und außerhalb des Hauses Fußpflege durchführt.</i>
	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
19	<i>Auf der Entbindungsstation werden die Wöchnerinnen täglich von der Hebamme besucht und angeleitet. Beim ersten Hausbesuch wird eine Wochenbettgymnastik mit Anleitung durchgeführt. Dazu werden Kurse im Klinikum angeboten (siehe Elternbroschüre).</i>
	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
20	<i>Schwangerenschwimmen mit Aqua aerobic sowie Babyschwimmen und Kleinkinderschwimmen wird in Zusammenarbeit mit der Schwimmschule Poseidon Sub angeboten.</i>
	MP45 - Stomatherapie/-beratung
21	<i>Unsere Stomatherapeuten unterstützen Patienten mit Stomaanlagen sowohl während des stationären Aufenthaltes als auch nach der Entlassung. Schulungen werden für Patienten, Angehörige und Pflegepersonal sowie Ärzte angeboten.</i>
	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
22	<i>Das Team auf der Palliativstation bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Physiotherapeuten etc. wird mit Kunst- und Musiktherapeutinnen unterstützt.</i>
	MP51 - Wundmanagement
23	<i>Ausgebildete Wundmanager betreuen die Patienten während des Klinikaufenthaltes und führen Fortbildungen und Schulungen für das Pflegepersonal durch. Es gibt eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe Wundmanagement, die sich mit neuen Methoden der Wundversorgung auseinandersetzt.</i>
	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
24	<i>Seit vielen Jahren wird am Klinikum Passau die Form der Bezugspflege durchgeführt. Jeder Stationsbereich hat somit eine feste Bezugsperson. Pflegeplanung und Pflegevisite sind Teilelemente unseres Pflegeprozesses.</i>
	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
25	<i>Die Krankengymnastik inklusive der Atemtherapie, Gangschule und Behandlungen auf Neuropsychologischer Grundlage erfolgen je nach Befunderhebung. Je nach Krankheitsbild wird die Krankengymnastik in Einzel- oder Gruppentherapien durchgeführt.</i>
26	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
	MP06 - Basale Stimulation
27	<i>Aspekte der Wahrnehmungsförderung finden Eingang sowohl in die Kinästhetik-Kurse als auch in die Fortbildungen zur Hautpflege und Bewegungsförderung.</i>
	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
28	<i>Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind, bei für sie bedeutungsvollen Betätigungen.</i>
	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
29	<i>In Zusammenarbeit mit der Rehaklinik Passauer Wolf, Bad Griesbach, erfolgt für die Schlaganfallpatienten eine regelmäßige Diagnostik und Therapie von Sprach- und Sprechstörungen.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
30	<i>Die Weiterversorgung in einer Rehabilitationseinrichtung wird durch den hauseigenen Sozialdienst organisiert.</i>
	MP02 - Akupunktur
31	<i>Akupunkturbehandlungen werden in der Schmerzzambulanz am Klinikum Passau im Rahmen einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie durchgeführt. Es kommen die Körperakupunktur nach TCM-Regeln, Ohr- und Laserakupunktur zur Anwendung.</i>
	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
32	<i>Wir bieten eine separate Palliativstation, die Schwerstkranken und deren Angehörigen eine angemessene Betreuung ermöglicht. Dabei steht unseren Patienten neben Einzelzimmern ein als Wohnzimmer eingerichteter Aufenthaltsraum sowie ein Raum der Stille zur Besinnung zur Verfügung.</i>
	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
33	<i>Im Rahmen der Krankengymnastik können Patienten auf neurophysiologischer Grundlage behandelt werden. Die Konzepte nach Bobath, Vojta und PNF kommen zur Anwendung.</i>
	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
34	<i>Das Klinikum Passau ist seit mehreren Jahren zertifizierte Ernährungsklinik. Diätassistenten betreuen schwerpunktmäßig die Fachabteilungen. Sie schulen Patienten, Ärzte und Pflegekräfte.</i>
	MP36 - Säuglingspflegekurse
35	<i>Es werden verschiedene Kurse zur Säuglingspflege angeboten (siehe Broschüre "Eltern werden am Klinikum Passau"). Während des stationären Aufenthaltes werden die Eltern in der Pflege ihrer Säuglinge angeleitet.</i>
	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
36	<i>Unsere Stomatherapeutin betreut Patienten mit Inkontinenzproblemen. Sie führt Beratungen für Patienten und Angehörige durch und schult regelmäßig Pflegekräfte und Altenpflegekräfte.</i>
	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
37	<i>Es bestehen Kooperationen mit Sanitätshäusern aus der Umgebung, die für die Versorgung mit Hilfsmitteln und Orthopädietechnik zuständig sind.</i>
	MP18 - Fußreflexzonenmassage
38	<i>Bei onkologischen Patienten sowie in der Palliativstation wird nach Wunsch Fußzonenreflexmassage durchgeführt.</i>
	MP43 - Stillberatung
39	<i>Wir haben auf unserer Entbindungsstation Laktationsberaterinnen, die den Wöchnerinnen beratend zur Seite stehen.</i>
	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
40	<i>Es werden komplette Schulungsmodulare für pflegende Angehörige angeboten. Die Themen umfassen neben der gesetzlichen Pflegeversicherung, Ernährung, Mobilisation, Ausscheidung, psychologische Unterstützung sowie Umgang mit Hilfsmitteln.</i>
	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
41	<i>Osteopathie ist eine vollwertige medizinische Disziplin, in der die manuelle diagnostische und therapeutische Vorgehensweise bei Funktionsstörungen im Mittelpunkt steht.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
42	<i>In der Broschüre "Eltern werden am Klinikum Passau" sind alle Kurse aufgeführt. Das Schulungsprogramm beinhaltet Vorbereitungskurse, Stillkurse, Säuglingspflegekurse, Yoga für Schwangere und Babys, Babyschwimmen etc.</i>
	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
43	<i>Die Bayerische Krebsgesellschaft sowie der Hospizverein haben ein Büro im Haus. Aber auch mit anderen Selbsthilfegruppen u.a. für Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Bayerische Krebsgesellschaft, Leukämie, Morbus Crohn-Colitis, Schlaganfall, MS bestehen vielfältige Kontakte.</i>
	MP67 - Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder
44	<i>Im Rahmen der Krankengymnastik können Patienten auf neurophysiologischer Grundlage behandelt werden. Die Konzepte nach Bobath, Vojta und PNF kommen zur Anwendung.</i>
	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
45	<i>Der psychologische Dienst im Hause ist mit psychologisch-psychotherapeutischen Fachkräften ausgestattet. Der Schwerpunkt des Dienstes im Klinikum liegt in der psychosozialen und psychotherapeutischen Begleitung von Menschen mit Krebs- und Bluterkrankungen.</i>
	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
46	<i>Für die Öffentlichkeit wird ein breites Spektrum an informativen Veranstaltungen geboten, hier fallen Ernährungstag, Herztage, Gefäßtag, Messeveranstaltungen, Rauchentwöhnung etc.</i>
	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
47	<i>Neben Homöopathie, Aromabädern, Akupunktur und speziellen Massagen bieten die Hebammen ein umfangreiches Schulungsprogramm an (s. versch. Flyer: Mutter werden, Unser Kind kommt, Ernährung in der Schwangerschaft, Elternschule, Eltern werden, Stillen, Flaschenbaby, Pränataldiagnostik, Entlassung)</i>
	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
48	<i>In unseren Bewegungsbecken werden hauptsächlich Einzeltherapien durchgeführt. In erster Linie werden hier konservative, orthopädische und chirurgische Patienten behandelt.</i>
	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
49	<i>Es werden komplette Schulungsmodulare für pflegende Angehörige angeboten. Die Themen umfassen neben der gesetzlichen Pflegeversicherung, Ernährung, Mobilisation, Ausscheidung, psychologische Unterstützung sowie Umgang mit Hilfsmitteln.</i>
	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
50	<i>Wir bieten prä- und postoperative Atemtherapie an, vor allem bei thorakalen und größeren abdominalen Eingriffen, mit dem Ziel der Atelektasen-Vermeidung. Hier kommt zur Selbstbeübung der Triflow zum Einsatz.</i>
	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
51	<i>Um eine sichere Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten steht unseren Patienten unser klinikinterner Sozialdienst zur Verfügung.</i>
	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
52	<i>Aktuelle Informationen auf der Klinikums-Internetseite und per Newsletter. Infos zu Veranstaltungen: Herztage, Gefäßtag, Wundkongress / Ernährungstipps....</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
53	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Die Physikalische Therapie am Klinikum Passau umfaßt alle Formen der Balneo-Therapie (z.B. Unterwassermassagen), hydroelektrische Vollbäder, medizinische Bäder, Sauerstoff- bzw. CO2 Bäder), die Elektrotherapie, die Wärmetherapie (z.B. Fango, Heißluft), etc.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Während des Aufenthalts im Klinikum ist unsere Ernährungsberatung in Zusammenarbeit mit der Küchenleitung bemüht, auf Ihre speziellen Ernährungsgewohnheiten einzugehen.</i> NM40: Empfangs- und Begleitservice für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Unsere Empfangsmitarbeiter beantworten gerne Ihre Fragen. Sie helfen rund um die Uhr weiter, falls Sie Hilfe benötigen. Unser Begleitservice bringt Besucher und Patienten sicher an das jeweilig gewünschte Ziel im Klinikum.</i>
3	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Begleitpersonen werden - falls medizinisch erforderlich - gemeinsam mit dem Patienten aufgenommen. Zudem besteht Unterbringungsmöglichkeit in unserem Wohnheim oder in naheliegenden Hotels.</i> NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Für die Öffentlichkeit wird ein breites Spektrum an informativen Veranstaltungen geboten, hier fallen Ernährungstag, Herztage, Gefäßtag, etc. Speziell für werdende Eltern bietet das Klinikum in regelmäßigen Abständen eine Informationsveranstaltung "Eltern werden am Klinikum" Passau an.</i>
5	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Ein-Bett-Zimmer mit eigenem Sanitärbereich können gegen Aufpreis bzw. mit entsprechender Zusatzversicherung auf allen Stationen in Anspruch genommen werden.</i> NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Die Bayerische Krebsgesellschaft sowie der Hospizverein haben ein Büro im Haus. Aber auch mit anderen Selbsthilfegruppen u.a. für Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Bayerische Krebsgesellschaft, Leukämie, Morbus Crohn-Colitis, Schlaganfall, MS bestehen vielfältige Kontakte.</i>
7	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Unsere Seelsorger besuchen die einzelnen Stationen regelmäßig und kommen auf Wunsch beim Patienten vorbei. Es werden katholische und evangelische Gottesdienste durchgeführt. Unabhängig von Ihrer religiösen Einstellung bieten wir Kommunion im Zimmer, Krankensalbung, Beichtgelegenheit etc.</i> NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Wir bieten auch 1- und 2-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle als Wahlleistung an.</i>
9	NM05: Mutter-Kind-Zimmer <i>Es besteht die Möglichkeit, dass Mütter bei ihren Kindern als Begleitperson übernachten.</i> NM07: Rooming-in <i>Selbstverständlich können die neugeborenen Babys auch über Nacht bei ihren Müttern im Zimmer bleiben. Die geräumigen 2-Bett-Zimmer auf unserer Entbindungsstation bieten hierfür genügend Platz.</i>

#	Leistungsangebot
11	NM68: Abschiedsraum <i>Ein Abschiedsraum steht in direkter räumlicher Verbindung zur Prosektur zur Verfügung. Zudem ist auf mehreren Stationen ein Abschiedsraum eingerichtet.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Michael Lueger
Telefon	0851 5300 7762
Fax	0851 71670
E-Mail	Michael.lueger@klinikum-passau.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
2	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
3	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
4	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
5	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
6	BF24 - Diätetische Angebote
7	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
8	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
9	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
10	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
11	BF25 - Dolmetscherdienst
12	BF23 - Allergenarme Zimmer
13	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
14	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
15	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
16	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
17	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

#	Aspekte der Barrierefreiheit
18	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
19	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
20	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <i>Imagebroschüre des Klinikums Passau in englischer Sprache vorhanden</i>
21	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>Die Kapelle in unserem Haus</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
5	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
6	FL09 - Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Dem Klinikum ist eine Krankenpflegeschule angegliedert. In 10 Kursen stehen insgesamt 185 Ausbildungsplätze zur Verfügung.</i>
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>In Kooperation mit der Schule für Anästhesietechnische und Operationstechnische Assistenz der Kliniken Südbayern bildet das Klinikum Passau OTAs aus.</i>
3	HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme <i>In Kooperation mit der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg und der Hochschule Landshut bietet das Klinikum Passau die hochschulische Hebammenausbildung an.</i>
4	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin <i>Durch die Kooperation mit der Berufsfachschule für Physiotherapie in Freyung können die Auszubildenden den praktischen Teil der Ausbildung am Klinikum Passau absolvieren.</i>
5	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) <i>In Kooperation mit der Schule für Anästhesietechnische und Operationstechnische Assistenz der Kliniken Südbayern bildet das Klinikum Passau ATAs aus.</i>

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
6	HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) <i>In Kooperation mit den Eckert-Schulen Regenstauf bildet das Klinikum Passau MTRAs aus.</i>
7	HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) <i>In Kooperation mit den Eckert-Schulen Regenstauf bildet das Klinikum Passau MTLAs aus.</i>
8	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin <i>Ausbildung startet ab September 2024 mit 25 Ausbildungsplätzen</i>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	660

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	30199
Teilstationäre Fallzahl	252
Ambulante Fallzahl	50060
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				291,56
Beschäftigungsverhältnis	Mit	291,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	14,99	Stationär	276,57

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				135,05
Beschäftigungsverhältnis	Mit	135,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	8,44	Stationär	126,61

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	15

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt				601,06
Beschäftigungsverhältnis	Mit	601,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	601,06

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				42,63
Beschäftigungsverhältnis	Mit	42,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	42,63

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

Gesamt				26,16
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	26,16

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,24
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,24

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				13,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,22

Ohne Fachabteilungszuordnung

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

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				1,46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,46

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				8,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,01	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,01

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

Gesamt				41,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	41,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	41,93
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,21

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

Gesamt				16,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,27
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				16,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,27

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				162,31
Beschäftigungsverhältnis	Mit	162,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	12,38	Stationär	149,93
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				5,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,75

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				4,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,42

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				5,05

Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,05

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

Gesamt				2,65
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,65

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

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

SP17 - Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				24,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	24,38

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				4,06
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,06

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

Gesamt				21,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	21,1

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

Gesamt				20,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,03	Stationär	16,12

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Zentrales Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Christin Schneider
Telefon	0851 5300 7763
Fax	0851 71670
E-Mail	christin.schneider@klinikum-passau.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	Monatliche Abstimmung QM und Werkleitung Halbjährlicher Austausch QM mit Direktorium und Cheförzten Mindestens vierteljährlicher Austausch QM mit QMBs (Pflegedirektion, Ärzte)
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontakt Daten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Verena Kurtz
Telefon	0851 5300 82313
Fax	0851 71670
E-Mail	verena.kurtz@klinikum-passau.de

A-12.2.2 Lenkungsgrremium

Lenkungsgrremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Qualitätsmanagement, Pflegedirektion, Risikomanagementbeauftragter Arzt

Tagungsfrequenz des Gremiums

halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
5	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
6	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
8	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
9	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
13	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
14	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
15	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
16	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
	RM18: Entlassungsmanagement
17	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☒ Tumorkonferenzen
- ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☒ Palliativbesprechungen
- ☒ Qualitätszirkel
- ☒ Andere: Herzchirurgisch/Kardiologische Besprechung, Angioforum, Indikationsbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: halbjährlich
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 19.01.2022

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Patientenarmband, Patientenidentifikation, Seitenmarkierung, OP-Checkliste, Risikoaudits im Rahmen der internen Audits, Risikolisten für alle Abteilungen, Begehung der besonders risikogefährdeten Bereiche durch die Gesellschaft für Risikoberatung (GRB)

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer) <i>EF00</i>

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Ein Arzt in Weiterbildung Curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	18

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	4

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	55

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, Chefarzt I. Medizinische Klinik
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Matthias Wettstein
Telefon	0851 5300 7703
Fax	0851 71670
E-Mail	matthias.wettstein@klinikum-passau.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 Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl

Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben

Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)

37,84

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen

Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)

119,33

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl

Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich

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

☒ OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Beschwerdebeauftragter
Titel, Vorname, Name	Michael Lueger
Telefon	0851 5300 7762
Fax	0851 5300 71670
E-Mail	Michael.Lueger@klinikum-passau.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement, Bewertungsportale, Patienten-/Zuweiserbefragungen

Titel, Vorname, Name	Silvia Reitmeier
Telefon	0851 5300 7713
Fax	0851 5300 71670
E-Mail	silvia.reitmeier@klinikum-passau.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Michael Lueger
Telefon	0851 5300 7762
Fax	0851 5300 71670
E-Mail	Michael.Lueger@klinikum-passau.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	10

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

hat.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikoanalysen liegen für alle Fachbereiche vor, Handbuch Risikomanagement, Vorgaben für die Risikoanalyse, Ablauf Risikomanagement, CIRS, OP-Checkliste, Team-Time-Out, Patientenarmband, Fallbesprechungen/M&M-Konferenzen/Qualitätszirkel, Risikobegehungen Letzte Aktualisierung: 11.11.2022
5	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
7	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
8	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
9	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
10	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

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

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

- ☒ Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- ☒ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): elektronische Patientenakte Medico / ID Pharma, Cato, AIDKlinik

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?

Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Ja

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
2	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen
3	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle Letzte Überprüfung: 12.10.2023
4	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt Letzte Überprüfung: 12.10.2023

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich Harnflussmessung
2	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja Gerät zur Gefäßdarstellung
3	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse
4	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
5	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich Stoßwellen-Steinzerstörung
6	AA68 - offener Ganzkörper- Magnetresonanztomograph	Ja
7	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)
8	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
9	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Keine Angabe erforderlich Hirnstrommessung
10	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
11	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder
12	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ - unterstützung	Ja
13	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET- CT	Keine Angabe erforderlich Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich

#	Gerätenummer	24h verfügbar
		Keine Angabe erforderlich
14	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	<i>Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten</i>
15	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i>
		Ja
16	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	<i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i>
17	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>
18	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich <i>Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens</i>
19	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i>
20	AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Ja <i>Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen</i>

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

☒ Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Ja
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100] I. Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Nephrologie, Geriatrie, Stoffwechselerkrankungen, Ernährungsmedizin und Infektionskrankheiten

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	I. Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Nephrologie, Geriatrie, Stoffwechselerkrankungen, Ernährungsmedizin und Infektionskrankheiten

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
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Matthias Wettstein
Telefon	0851 5300 2331
Fax	0851 5300 2917
E-Mail	matthias.wettstein@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR04 - Duplexsonographie <i>In der 1. Med. Klinik werden pro Jahr ca. 1.000 Duplex-Sonographie (Bestimmung von Blutfluss-Geschwindigkeiten) des Abdomens durchgeführt.</i>
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>Die stationäre Abklärung von Nierenerkrankungen umfasst Sonographie, Duplexsonographie der Nierenarterien und Nierenpunktionen. Eine Nierensprechstunde wird in Kooperation mit dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation Passau durchgeführt. Es besteht eine grosse Dial...</i>
3	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen <i>Kann im Rahmen der stationären Behandlung erfolgen. Der Schwerpunkt liegt hier bei rheumatologischen Erkrankungen mit Nierenbeteiligungen.</i>
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Es werden jährlich etwa 6500 endoskopische Untersuchungen an 3 Endoskopie-Arbeitsplätzen mit moderner HDTV-Endoskopiertechnik durchgeführt. Das Leistungsspektrum umfasst Ösophago-Gastro-Duodenoskopien, Koloskopien, Rekto- und Proktoskopien, orale und rektale Endosonographien. F...</i>
5	VR02 - Native Sonographie <i>In der 1. Med. Klinik wurden jährlich ca. 5.100 abdominelle Sonographien durchgeführt.</i>
6	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
7	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VI35 - Endoskopie
8	<i>Es werden alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren angeboten, u.a. auch Dünndarmdiagnostik mittels Kapselendoskopie und Doppelballon-Enteroskopie.</i>
9	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
10	VI39 - Physikalische Therapie

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten <i>Labordiagnostik und Nierenpunktionen</i>
12	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <i>Langzeitbetreuung im MVZ Gastroenterologie</i>
13	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz VR06 - Endosonographie
14	<i>Es werden jährlich 350 orale Endosonographien durchgeführt. Endosonographisch gesteuerte Punktionen von Raumforderungen im Pankreas oder Mediastinum werden ebenfalls durchgeführt, ebenso endosonographisch gesteuerte Zystendrainagen.</i>
15	VU15 - Dialyse VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
16	<i>Jährlich werden gut 800 Proktoskopien durchgeführt. Blutstillungen bei Blutungen im Analkanal, sowie Ligaturen von Hämorrhoiden sind möglich. Komplexere proktologische Diagnostik und Therapie wird in der viszeral-chirurgischen Klinik durchgeführt.</i>
17	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas VI27 - Spezialsprechstunde
18	<i>Lipidsprechstunde (Dr. Leebmann): Diagnostik und Behandlung von schweren Fettstoffwechselstörungen. Lipidapherese. Hepatitisambulanz (Prof. Wettstein): Behandlung von chronischer Hepatitis B und C. Ösophagusdiagnostik (Dr. Glas): Durchführung von Ösophagusmanometrien, Langz...</i>
19	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>u.a. Mukosektomien, Submukosadissektionen</i>
20	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
21	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
22	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
23	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
24	<i>Es besteht eine Infektionsstation mit 24 Betten und Isolationsmöglichkeit. Die bakteriologische und parasitäre Diagnostik erfolgt in Kooperation mit dem Labor Dr. Schubach in Passau.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	3846
Teilstationäre Fallzahl	192

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	197
2	Z49.1	Extrakorporale Dialyse	196
3	D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	127
4	E86	Volumenmangel	90
5	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	77
6	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	66
7	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	55
8	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	55
9	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	54
10	B34.2	Infektion durch Koronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	53
11	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	52
12	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	52
13	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	48
14	A46	Erysipel [Wundrose]	46
15	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	44
16	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	44
17	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	43

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	42
19	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	39
20	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	38
21	I95.1	Orthostatische Hypotonie	38
22	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	37
23	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	34
24	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	33
25	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	30
26	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	29
27	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	28
28	K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	28
29	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	26
30	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	25

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	197
2	Z49	Dialysebehandlung	196
3	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	189
4	K29	Gastritis und Duodenitis	125
5	N17	Akutes Nierenversagen	106
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	96
7	I50	Herzinsuffizienz	91
8	E86	Volumenmangel	90

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	88
10	K85	Akute Pankreatitis	87
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	87
12	K80	Cholelithiasis	84
13	N18	Chronische Nierenkrankheit	79
14	K70	Alkoholische Leberkrankheit	62
15	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	61
16	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	57
17	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	56
18	D50	Eisenmangelanämie	55
19	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	54
20	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	53
21	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	52
22	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	50
23	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	50
24	K57	Divertikulose des Darmes	48
25	A46	Erysipel [Wundrose]	46
26	I95	Hypotonie	41
27	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	39
28	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	38
29	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	37
30	K26	Ulcus duodeni	37

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	10112
2	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	2093
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1439
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	988
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	947
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	845
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	743
8	1-653	Diagnostische Proktoskopie	676
9	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	649
10	1-710	Ganzkörperplethysmographie	622
11	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	622
12	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	552
13	8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	515
14	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	510
15	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	430
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	419
17	8-854.60	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	414
18	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	408

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	374
20	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	337
21	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	329
22	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	310
23	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	298
24	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	288
25	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	283
26	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	282
27	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	282
28	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	281
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	273
30	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	262

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Hämodialyse	11312
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	2684
3	8-855	Hämodiafiltration	2093
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1811

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1448
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	988
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	901
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	841
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	743
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	727
11	5-469	Andere Operationen am Darm	678
12	1-653	Diagnostische Proktoskopie	676
13	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	673
14	1-710	Ganzkörperplethysmographie	622
15	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	603
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	575
17	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	552
18	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	542
19	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	477
20	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	470
21	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	385
22	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	315
23	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	216
24	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	205
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	187
26	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	184
27	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	171

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
28	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	166
29	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	163
30	5-449	Andere Operationen am Magen	160

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

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)	Internistische Ambulanz <i>Speisenröhren- und Magenspiegelung mit Aufdehnung der Speiseröhre, im Magen und Zwölffingerdarm; Endoskopische Sklerosierungsbehandlung mit Ligatur von Varizen, Druckmessung in der Speiseröhre, Langzeit pH-Metrie, Lasertherapie, Argon-Plasma-Koagulation; Einsetzen einer Ö...</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Internistische Ambulanz	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
2	Internistische Ambulanz	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
3	Internistische Ambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
4	Internistische Ambulanz	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
5	Internistische Ambulanz	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
6	Internistische Ambulanz	VR04 - Duplexsonographie

#	Ambulanz	Leistung
7	Internistische Ambulanz	VI35 - Endoskopie
8	Internistische Ambulanz	VR06 - Endosonographie
9	Internistische Ambulanz	VR02 - Native Sonographie
10	Internistische Ambulanz	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	239
2	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	121
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	93
4	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	60
5	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	47
6	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	31
7	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	23
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	22
9	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	14

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
10	5-452.80	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Elektrokoagulation	10
11	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
12	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	< 4
13	5-452.71	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
14	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	292
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	214
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	133
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	24
5	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4

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

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		32,76	Fälle je VK/Person	119,96257
Beschäftigungsverhältnis	Mit	32,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	32,06

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		14,09	Fälle je VK/Person	287,229279
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	13,39

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
2	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie
3	AQ23 - Innere Medizin
4	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin
2	ZF07 - Diabetologie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF09 - Geriatrie
5	ZF14 - Infektiologie
6	ZF52 - Ernährungsmedizin
7	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		92,52	Fälle je VK/Person	41,56939
Beschäftigungsverhältnis	Mit	92,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	92,52

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

Gesamt		0,56	Fälle je VK/Person	6867,857
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,56

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,21	Fälle je VK/Person	738,19574
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,21

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,99	Fälle je VK/Person	1932,66333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,99

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

Gesamt		8,7	Fälle je VK/Person	442,06897
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		16,86	Fälle je VK/Person	240,0749
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,84	Stationär	16,02

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	PQ07 - Pflege in der Onkologie
3	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
8	PQ12 - Notfallpflege
9	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
10	PQ02 - Diplom

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
2	ZP20 - Palliative Care
3	ZP07 - Geriatrie
4	ZP24 - Deeskalationstraining
5	ZP29 - Stroke Unit Care
6	ZP22 - Atmungstherapie

#	Zusatzqualifikation
7	ZP02 - Bobath
8	ZP03 - Diabetes

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

B-[0500] II. Medizinische Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin

B-[0500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	II. Medizinische Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin

B-[0500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0500 - Hämatologie und internistische Onkologie

B-[0500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Südhoff
Telefon	0851 5300 2356
Fax	0851 5300 2954
E-Mail	thomas.suedhoff@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[0500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[0500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Diagnostik und Therapie von soliden Tumoren</i>
2	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>Zentrum für Hämatologische Neoplasien</i>
3	VI38 - Palliativmedizin
4	VI00 - („Sonstiges“) <i>In Zusammenarbeit mit Gastroenterologie und Chirurgie</i>
5	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>In Zusammenarbeit mit Gynäkologie und Strahlentherapie</i>
6	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren <i>In Zusammenarbeit mit Gynäkologie und Strahlentherapie</i>
7	VH00 - („Sonstiges“)
8	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich <i>in Zusammenarbeit mit Strahlentherapie und HNO-Belegärzten</i>
9	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane <i>in Zusammenarbeit mit Unfallchirurgie, Orthopädie und Strahlentherapie</i>
10	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
11	VI27 - Spezialsprechstunde
12	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
14	VI40 - Schmerztherapie
15	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
16	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
17	VI39 - Physikalische Therapie

#	Medizinische Leistungsangebote

18 VI37 - Onkologische Tagesklinik

B-[0500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2946
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	194
2	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	169
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	167
4	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	91
5	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	84
6	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardias	76
7	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	70
8	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	67
9	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	63
10	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	61
11	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	61
12	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	55
13	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	54
14	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	50
15	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	45
16	C22.0	Leberzellkarzinom	39

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
17	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	35
18	C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	34
19	C83.1	Mantelzell-Lymphom	30
20	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	29
21	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	28
22	C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	28
23	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	26
24	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	25
25	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	24
26	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	22
27	C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	21
28	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	19
29	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	19
30	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	18

B-[0500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	483
2	C83	Nicht follikuläres Lymphom	214
3	C16	Bösartige Neubildung des Magens	172
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	167
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	138
6	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	116
7	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	92
8	C92	Myeloische Leukämie	71

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	C91	Lymphatische Leukämie	64
10	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	63
11	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	61
12	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	55
13	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	54
14	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	45
15	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	39
16	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	35
17	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	31
18	C43	Bösartiges Melanom der Haut	28
19	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	28
20	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	27
21	C82	Follikuläres Lymphom	27
22	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	26
23	I50	Herzinsuffizienz	25
24	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	24
25	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	24
26	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	20
27	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	19
28	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	18
29	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	17
30	D46	Myelodysplastische Syndrome	17

B-[0500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2272
2	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	2016
3	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	634
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	377
5	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	336
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	292
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	254
8	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	221
9	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	208
10	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	186
11	8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	175
12	8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	167
13	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	158
14	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	145
15	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	141
16	1-710	Ganzkörperplethysmographie	138
17	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	136
18	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	135

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	133
20	8-528.6	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung	120
21	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	116
22	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	112
23	1-653	Diagnostische Proktoskopie	112
24	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	109
25	8-527.6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Behandlungshilfen	107
26	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	103
27	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	102
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	94
29	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	93
30	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	79

B-[0500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2272
2	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2031
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	760
4	8-547	Andere Immuntherapie	634
5	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	531

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	523
7	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	438
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	383
9	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	353
10	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	223
11	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	221
12	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	216
13	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	207
14	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	186
15	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	179
16	1-710	Ganzkörperplethysmographie	138
17	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	137
18	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	135
19	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	133
20	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	127
21	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	123
22	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	123
23	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	120
24	1-650	Diagnostische Koloskopie	115
25	1-653	Diagnostische Proktoskopie	112
26	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	107
27	8-854	Hämodialyse	102
28	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	100
29	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	85

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	79

B-[0500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Onkologische Ambulanz <i>ambulante Chemotherapien, aktive und passive Immuntherapien, Hormontherapien, molekulare Therapieformen, Schmerzbehandlung, Transfusionstherapie, psycho-onkologische Betreuung, auf Überweisung durch Vertragsärzte zur ambulanten Betreuung von Patienten mit akuten Leukämien, Mitbehan...</i>
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Versorgung nach §116b SGB V für Gastroenterologische Tumoren, Gynäkologische Tumoren und Urologische Tumoren

B-[0500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Onkologische Ambulanz	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
2	Onkologische Ambulanz	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
3	Onkologische Ambulanz	VI37 - Onkologische Tagesklinik

#	Ambulanz	Leistung
4	Onkologische Ambulanz	VI40 - Schmerztherapie
5	Onkologische Ambulanz	VI42 - Transfusionsmedizin

B-[0500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM17	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
2	AM17	LK33 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

B-[0500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[0500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0500].11 Personelle Ausstattung

B-[0500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		23,25	Fälle je VK/Person	126,709679
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,25	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	23,25
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		6,87	Fälle je VK/Person	428,820984
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,87

B-[0500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
2	AQ23 - Innere Medizin

B-[0500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		48,93	Fälle je VK/Person	60,20846
Beschäftigungsverhältnis	Mit	48,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	48,93

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

Gesamt	1,92	Fälle je VK/Person	1534,375

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,92

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	3928
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	5892
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

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

Gesamt		4,32	Fälle je VK/Person	681,9444
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,32

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		15,84	Fälle je VK/Person	367,331665
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	7,82	Stationär	8,02

B-[0500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[0500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care
2	ZP23 - Breast Care Nurse
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP14 - Schmerzmanagement

B-[0500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0300] III. Medizinische Klinik für Kardiologie und Pneumologie

B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	III. Medizinische Klinik für Kardiologie und Pneumologie

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie

B-[0300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Martin Arnold
Telefon	0851 5300 7301
Fax	0851 5300 7322
E-Mail	martin.arnold@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[0300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
4	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	VI34 - Elektrophysiologie
6	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
7	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
8	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
9	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
10	VI20 - Intensivmedizin
11	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	VI27 - Spezialsprechstunde
13	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
14	VI39 - Physikalische Therapie

B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3789
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	258

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	247
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	238
4	I20.0	Instabile Angina pectoris	224
5	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	197
6	I35.0	Aortenklappenstenose	173
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	167
8	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	117
9	R55	Synkope und Kollaps	84
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	80
11	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	68
12	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	68
13	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	67
14	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	58
15	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	57
16	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	53
17	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	51
18	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	48
19	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	39
20	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	36
21	I48.3	Vorhofflattern, typisch	34
22	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	34
23	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	32
24	B34.2	Infektion durch Koronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	31

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
25	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	28
26	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	27
27	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	24
28	E86	Volumenmangel	24
29	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	24
30	J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes	23

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	543
2	I20	Angina pectoris	466
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	338
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	319
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	243
6	I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	191
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	118
8	I47	Paroxysmale Tachykardie	108
9	I26	Lungenembolie	85
10	R55	Synkope und Kollaps	84
11	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	74
12	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	67
13	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	58
14	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	56

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
15	J20	Akute Bronchitis	45
16	I34	Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten	39
17	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	37
18	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	35
19	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	32
20	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	32
21	J45	Asthma bronchiale	31
22	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	31
23	R07	Hals- und Brustschmerzen	31
24	E86	Volumenmangel	24
25	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	21
26	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	20
27	I95	Hypotonie	19
28	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	18
29	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	17
30	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	16

B-[0300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1163
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	666
3	1-653	Diagnostische Proktoskopie	596
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	557

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	457
6	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	448
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	434
8	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	418
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	400
10	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	362
11	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	329
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	298
13	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	284
14	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	263
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	255
16	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	251
17	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	208
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	164
19	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	163
20	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	159

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	150
22	1-268.3	Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel	150
23	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	150
24	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	144
25	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push- Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	143
26	1-265.4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalem QRS- Komplex oder atrialen Tachykardien	130
27	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	127
28	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	126
29	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	119
30	1-652.0	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Ileoskopie	118

B-[0300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4- Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1390
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1343
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1173
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1018
5	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	830
6	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	761

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	1-650	Diagnostische Koloskopie	641
8	1-653	Diagnostische Proktoskopie	596
9	5-469	Andere Operationen am Darm	574
10	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	483
11	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	422
12	1-268	Kardiales Mapping	389
13	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	346
14	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	338
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	215
16	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	165
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	164
18	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	153
19	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	151
20	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	151
21	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	150
22	1-652	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma	131
23	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	127
24	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	127
25	5-449	Andere Operationen am Magen	125
26	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	109
27	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	104
28	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	95

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	89
30	1-710	Ganzkörperplethysmographie	85

B-[0300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>Vorbereitung von stationären Aufenthalten sowie die Abklärung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen können ebenso erbracht werden wie die Nachbehandlung nach stationären Aufenthalten.</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kardiologische Ambulanz <i>Ermächtigung für ambulante Herzkatheteruntersuchungen und Funktionsanalysen eines implantierten Defibrillators auf Überweisung durch Vertragsärzte, übrige kardiologische Leistungen auf Überweisung durch fachärztlich tätige Internisten.</i>

B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Kardiologische Ambulanz	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
2	Kardiologische Ambulanz	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Kardiologische Ambulanz	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
4	Kardiologische Ambulanz	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	Kardiologische Ambulanz	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

B-[0300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	178
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	49
3	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	22
4	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	11
5	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	5
6	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
7	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4

B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	266
2	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4

B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0300].11 Personelle Ausstattung

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	39,1	Fälle je VK/Person	98,92951
Beschäftigungsverhältnis	Mit 39,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,8	Stationär	38,3

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	16,47	Fälle je VK/Person	237,257355
Beschäftigungsverhältnis	Mit 16,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,5	Stationär	15,97

B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		96,98	Fälle je VK/Person	39,06991
Beschäftigungsverhältnis	Mit	96,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	96,98

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

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	7578
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,67	Fälle je VK/Person	5655,22363
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,67

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

Gesamt		6,07	Fälle je VK/Person	624,217468
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,07

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		17,55	Fälle je VK/Person	222,620438
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	17,02

B-[0300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie

B-[0300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP29 - Stroke Unit Care
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP25 - Gerontopsychiatrie
5	ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[0300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3700_1] Zentrale Notaufnahme

B-[3700_1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrale Notaufnahme

B-[3700_1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700_1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Gregor Stolz
Telefon	0851 5300 2651
Fax	0851 7167
E-Mail	Gregor.stolz@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[3700_1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3700_1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC71 - Notfallmedizin
2	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
3	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
4	VC00 - („Sonstiges“): Behandlung aller Unfallpatienten gemäß der Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren
5	VI00 - („Sonstiges“): Versorgung aller Notfallpatienten rund um die Uhr durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen und hochqualifiziertem Pflegepersonal
6	VX00 - („Sonstiges“): 24-Stunden-Endoskopiedienst, 24-Stunden-Herzkatheterdienst, 24-Stunden-Dialysedienst
7	VI00 - („Sonstiges“): Notfalldiagnostik mit Labor, Ultraschall, Röntgen, Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) rund um die Uhr

In der Zentralen Notaufnahme (ZNA) auf der Ebene 3 des Klinikums werden alle Notfallpatienten täglich rund um die Uhr von einem interdisziplinären Team aus Ärzten und speziell geschulten Pflegekräften behandelt.

Die Zentrale Notaufnahme dient der Versorgung akuter Notfälle. Die Patienten werden üblicherweise durch einen niedergelassenen Arzt oder durch den Rettungsdienst eingewiesen oder erreichen uns im Notfall auch ohne vorherigen Arztkontakt.

Wir behandeln ca. 45.000 Notfallpatienten pro Jahr in der Notaufnahme. Dies stellt hohe Anforderungen an unser Team aus Ärzten und Pflegekräften, den Mitarbeitern in der Administration, im Reinigungs- und Transportdienst und natürlich an die bauliche und technische Infrastruktur der Notaufnahme.

Leistungsspektrum

- Versorgung aller Notfallpatienten rund um die Uhr durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen und hochqualifiziertem Pflegepersonal
- Notfalldiagnostik mit Labor, Ultraschall, Röntgen, Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) rund um die Uhr
- Behandlung Schwerstverletzter, Zertifizierung als „Überregionales Traumazentrum“
- Behandlung aller Unfallpatienten gemäß der Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren
- Chest-Pain-Unit (CPU), Zertifizierung zur Behandlung akuter Herzerkrankungen
- Schlaganfallstation, Zertifizierung als „Überregionale Stroke-Unit“, mit der Möglichkeit der Lysebehandlung und der mechanischen Entfernung von

- Blutgerinnseln aus den Hirngefäßen (Thrombektomie)
- 24-Stunden-Endoskopiedienst
- • 24-Stunden-Herzkatheterdienst
- 24-Stunden-Dialysedienst

Qualität

Um eine möglichst hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten, halten wir uns an diagnostische und therapeutische Standards (Leitlinien). Zudem haben wir uns einer standardisierten Ersteinschätzung (Triage) nach international anerkannten Normen (ESI Train) durch unsere Pflegekräfte verpflichtet. Dadurch wird die Reihenfolge der Behandlung festgelegt. Wir bemühen uns immer, Ihre Wartezeiten auch bei hohem Patientenaufkommen so kurz wie möglich zu halten und danken Ihnen für Ihr Verständnis.

Entscheidungen

In der Zentralen Notaufnahme wird gemeinsam mit Ihnen über Ihre Behandlung und das weitere Vorgehen entschieden. Wenn Sie stationär aufgenommen werden, stehen dafür sämtliche Fachabteilungen im Hause ebenso zur Verfügung wie eine Aufnahmestation, eine Intermediate Care Station (IMC) sowie mehrere Intensivstationen.

B-[3700_1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	905
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3700_1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	84
2	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	59
3	R07.2	Präkordiale Schmerzen	57
4	R55	Synkope und Kollaps	49
5	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	37

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	30
7	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
8	R04.0	Epistaxis	17
9	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	16
10	R11	Übelkeit und Erbrechen	16
11	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	16
12	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	16
13	R06.0	Dyspnoe	15
14	R50.9	Fieber, nicht näher bezeichnet	14
15	B34.9	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	14
16	R00.2	Palpitationen	13
17	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	12
18	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	11
19	K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	11
20	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	11
21	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	9
22	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	9
23	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	9
24	R40.0	Somnolenz	8
25	T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet	8
26	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	8
27	R51	Kopfschmerz	8
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	7
29	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	7

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	6

B-[3700_1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	90
2	R07	Hals- und Brustschmerzen	80
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	70
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	61
5	R55	Synkope und Kollaps	49
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	34
7	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	30
8	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	22
9	R00	Störungen des Herzschlages	22
10	R04	Blutung aus den Atemwegen	20
11	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	19
12	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	16
13	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	16
14	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	16
15	R11	Übelkeit und Erbrechen	16
16	R06	Störungen der Atmung	16
17	K29	Gastritis und Duodenitis	13
18	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	12
19	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	10

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
20	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	9
21	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	9
22	R51	Kopfschmerz	8
23	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	8
24	G40	Epilepsie	8
25	I20	Angina pectoris	7
26	I47	Paroxysmale Tachykardie	7
27	I95	Hypotonie	6
28	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	6
29	E86	Volumenmangel	6
30	R42	Schwindel und Taumel	6

B-[3700_1].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3700_1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	16
2	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	10
3	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	10
4	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	8
5	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
8	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	5
9	5-210.1	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Elektrokoagulation	4
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4
11	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	4
12	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	< 4
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
14	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
15	8-100.6	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument	< 4
16	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
17	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
18	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
19	5-489.e	Andere Operation am Rektum: Endoskopische Injektion	< 4
20	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	< 4
21	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	< 4
22	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	< 4
23	5-482.01	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch	< 4
24	8-120	Magenspülung	< 4
25	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
27	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	< 4
28	5-489.d	Andere Operation am Rektum: Endoskopisches Clippen	< 4
29	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
30	5-452.a0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser: 1 Polyp	< 4

B-[3700_1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	16
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	16
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	12
4	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	10
5	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	10
6	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	8
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
9	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	4
10	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	4
11	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
12	5-489	Andere Operation am Rektum	< 4
13	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
14	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
17	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	< 4
18	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
19	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
20	8-120	Magenspülung	< 4
21	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
22	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
23	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 4

B-[3700_1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3700_1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[3700_1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3700_1].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3700_1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	26

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	5-840.64	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	8
3	5-840.65	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Daumen	4
4	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	< 4
5	5-863.3	Amputation und Exartikulation Hand: Fingeramputation	< 4
6	8-201.u	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Ellenbogengelenk n.n.bez.	< 4
7	5-840.61	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Beugesehnen Langfinger	< 4
8	5-795.1c	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Phalangen Hand	< 4
9	5-793.24	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius proximal	< 4
10	5-846.4	Arthrodesen an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, einzeln	< 4
11	5-790.28	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	< 4
12	5-790.25	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft	< 4
13	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	< 4

B-[3700_1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	28
2	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	14
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
5	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4
6	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
7	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
8	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	< 4

B-[3700_1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700_1].11 Personelle Ausstattung

B-[3700_1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		10,44	Fälle je VK/Person	86,68583
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,44

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt			5,25	Fälle je VK/Person	172,380951
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,25	Ohne	0	
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,25	

B-[3700_1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[3700_1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF44 - Sportmedizin
3	ZF07 - Diabetologie
4	ZF02 - Akupunktur
5	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin

Weitere Zusatzqualifikationen:

Manager klinische Notfall- und Akutmedizin (DGINA / UW/H)
Zertifikat Advanced Trauma Life Support (ATLS), DGU/ACS/COT
Zertifikat Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), AHA

B-[3700_1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt	26,71	Fälle je VK/Person	33,88244
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,71	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 26,71

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

Gesamt	0,67	Fälle je VK/Person	1350,74622

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,67

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	1810
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	1292,85718
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,7

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

Gesamt		2,46	Fälle je VK/Person	367,886169
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,46

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,08	Fälle je VK/Person	148,8487
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,08

B-[3700_1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ12 - Notfallpflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ02 - Diplom
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

B-[3700_1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP24 - Deeskalationstraining <i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>
2	ZP29 - Stroke Unit Care
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP02 - Bobath
6	ZP08 - Kinästhetik

Weitere Zusatzqualifikationen:

Altenpflegehelfer/In

Emergency Severity Index (ESI-Triage)

Patientenfixierung

B-[3700_1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgie

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, Stv. Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Helmut Grimm
Telefon	0851 5300 2301
Fax	0851 5300 2879
E-Mail	helmut.grimm@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
2	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Mindestmengen werden erfüllt.</i>
3	VC62 - Portimplantation
4	VC71 - Notfallmedizin
5	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie VC58 - Spezialsprechstunde
6	<i>Neben einer 24-Stunden-Notfall-Ambulanz werden Spezialsprechstunden u.a. auch für Thoraxchirurgie, Proktologie sowie Kinderchirurgie und Gefäßchirurgie angeboten. Für alle in der Allgemeinchirurgie angebotenen Subdisziplinen steht mindestens ein Facharzt zur Verfügung.</i>
7	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
8	VC60 - Adipositaschirurgie
9	VC14 - Speiseröhrenchirurgie <i>Mindestmengen werden erfüllt.</i>
10	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
11	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
12	VC21 - Endokrine Chirurgie <i>Besondere Expertise beim primären und sekundären Hyperparathyreoidismus.</i>
13	VC11 - Lungenchirurgie
14	VC24 - Tumorchirurgie
15	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
16	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
17	VD20 - Wundheilungsstörungen
18	VC20 - Nierenchirurgie
19	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
20	VC61 - Dialyseshuntchirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VC59 - Mediastinoskopie
22	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
23	VC63 - Amputationschirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl	2999
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	149
2	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	115
3	E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	111
4	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	101
5	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	78
6	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	73
7	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	67
8	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	67
9	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	62
10	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	60

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
11	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	58
12	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	57
13	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	56
14	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	54
15	K81.0	Akute Cholezystitis	51
16	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	51
17	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	45
18	K61.0	Analabszess	42
19	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	39
20	E04.9	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet	37
21	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	35
22	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	35
23	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	35
24	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	34
25	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	33
26	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	32
27	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	26
28	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	25
29	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	24
30	E66.96	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50	24

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	272
2	I70	Atherosklerose	226
3	K80	Cholelithiasis	181
4	K57	Divertikulose des Darmes	175
5	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	154
6	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	152
7	K40	Hernia inguinalis	128
8	K35	Akute Appendizitis	113
9	E66	Adipositas	101
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma	93
11	N18	Chronische Nierenkrankheit	86
12	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	72
13	K81	Cholezystitis	72
14	K43	Hernia ventralis	66
15	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	51
16	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	50
17	K42	Hernia umbilicalis	39
18	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	39
19	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	37
20	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	36
21	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	36
22	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	35
23	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	25
24	L05	Pilonidalzyste	25
25	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	24

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	C16	Bösartige Neubildung des Magens	22
27	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	20
28	K65	Peritonitis	18
29	A46	Erysipel [Wundrose]	18
30	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	18

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	541
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	470
3	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	381
4	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	332
5	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	298
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	274
7	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	251
8	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	250
9	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	245
10	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	229
11	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	228

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	210
13	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	201
14	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	152
15	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	148
16	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	122
17	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	120
18	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	118
19	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	115
20	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	112
21	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	101
22	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	93
23	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	92
24	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	91
25	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	83
26	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	83
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	80
28	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes	77

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shunt: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	74
30	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	74

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1552
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	932
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	663
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	541
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	470
6	5-916	Temporäre Weichteildeckung	365
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	300
8	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	298
9	5-511	Cholezystektomie	258
10	5-469	Andere Operationen am Darm	233
11	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	232
12	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	231
13	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	187
14	5-381	Endarteriektomie	182
15	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	171
16	8-190	Spezielle Verbandstechniken	171
17	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	157

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	152
19	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	143
20	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	133
21	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	129
22	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	128
23	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	126
24	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	126
25	5-470	Appendektomie	125
26	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	116
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	115
28	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	111
29	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	104
30	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	102

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallsprechstunde
2	AM07 - Privatambulanz	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
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)	Kinderchirurgie <i>auf Überweisung ambulante Leistungen im Schwerpunkt "Kinderchirurgie"</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gefäßchirurgische Ambulanz

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
2	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
3	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
4	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
5	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC21 - Endokrine Chirurgie
6	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
7	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
8	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC11 - Lungenchirurgie
9	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie

#	Ambulanz	Leistung
10	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC59 - Mediastinoskopie
11	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
12	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
13	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC20 - Nierenchirurgie
14	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
15	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
16	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
17	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC62 - Portimplantation
18	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
19	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC58 - Spezialsprechstunde
20	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
21	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC12 - Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
22	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC24 - Tumorchirurgie

#	Ambulanz	Leistung
23	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
24	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
25	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
26	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
27	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
28	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC62 - Portimplantation
29	Kinderchirurgie	VK31 - Kinderchirurgie

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	57
2	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	52
3	5-056.7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	51
4	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	40
5	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	38
6	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	36
7	5-624.4	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	28
8	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	25

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	21
10	5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	16
11	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	13
12	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	8
13	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	8
14	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	7
15	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	6
16	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	6
17	5-534.34	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	5
18	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	4
19	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	4
20	5-581.0	Plastische Meatotomie der Urethra: Inzision	4
21	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	4
22	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
23	5-531.31	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	< 4
24	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	< 4
25	5-530.02	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	< 4
27	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
28	5-385.82	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena parva	< 4
29	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	< 4
30	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	97
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	95
3	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	51
4	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	39
5	5-640	Operationen am Präputium	36
6	5-624	Orchidopexie	31
7	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	30
8	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	13
9	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	12
10	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	12
11	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	9
12	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	8
13	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	8
14	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	6
15	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 4
16	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
17	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
19	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
20	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
21	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4
22	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
23	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
24	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
25	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	< 4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		24,09	Fälle je VK/Person	136,132538
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,06	Stationär	22,03

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	15,07	Fälle je VK/Person	217,7923

Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	13,77

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie
2	AQ12 - Thoraxchirurgie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie
4	AQ07 - Gefäßchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		44,8	Fälle je VK/Person	66,94197
Beschäftigungsverhältnis	Mit	44,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	44,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt			1	Fälle je VK/Person	2999
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0	
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1	

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

Gesamt		3,91	Fälle je VK/Person	767,0077
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,91

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		14,07	Fälle je VK/Person	216,847427
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,24	Stationär	13,83

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	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ01 - Bachelor

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP09 - Kontinenzmanagement
4	ZP20 - Palliative Care
5	ZP14 - Schmerzmanagement

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

B-[1600] Klinik für Unfall-, Hand-, Wiederherstellungs-, Neuro- und Wirbelsäulenchirurgie

B-[1600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Unfall-, Hand-, Wiederherstellungs-, Neuro- und Wirbelsäulenchirurgie

B-[1600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie

B-[1600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Johannes Fakler
Telefon	0851 5300 2962
Fax	0851 5300 2987
E-Mail	Johannes.fakler@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[1600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik <i>Schulter, Ellbogen, Finger, Hüfte, Knie, Sprunggelenk</i>
2	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen <i>24h Neurochirurgischer Facharztdienst</i>
3	VC30 - Septische Knochenchirurgie <i>Ilisarov-Verfahren</i>
4	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
5	VC66 - Arthroskopische Operationen
6	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens <i>Stabilisation von Becken- und Hüftpfannenbrüchen. (ca. 30 / Jahr)</i>
7	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule <i>Ca. 700 Operationen pro Jahr</i>
8	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren <i>Plastische Deckung tiefer Dekubitalgeschwüre mit lokalen Lappenplastiken und freiem Gewebettransfer (mikrovaskuläre Lappen, Nerven-, Knochen-, Knorpel-, Sehnen- und Hauttransplantation)</i>
9	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
10	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Handchirurgie, Replantationen, Mikrochirurgie mit freier Lappenchirurgie, Arthroskopie des Handgelenkes (ca 100 / Jahr) / volle Weiterbildungs-Ermächtigung für Handchirurgie</i>
11	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven <i>Mikrochirurgie</i>
12	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
13	VC71 - Notfallmedizin

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
15	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
16	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
17	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Arthroskopische Behandlung von Bandverletzungen an Knie, Schulter, Sprunggelenk. (Ca. 300 / Jahr)</i>
18	VO16 - Handchirurgie
19	VC00 - („Sonstiges“) <i>ca 70</i>
20	VC00 - („Sonstiges“) <i>ca 70</i>
21	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
22	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
23	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
24	VO19 - Schulterchirurgie
25	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
26	VD20 - Wundheilungsstörungen
27	VC58 - Spezialsprechstunde <i>Spezialsprechstunden für Hand-, Wirbelsäulen-, Wiederherstellungschirurgie, Mikrochirurgie, Gelenkchirurgie und Fußchirurgie, Replantation, septische Knochenchirurgie (Ilisarovmethode, Methode zur Verlängerung von Extremitäten), Kindertraumatologie, große Tumorch...</i>
28	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
29	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
30	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
31	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
32	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen

B-[1600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3396
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	218
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	132
3	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	128
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	112
5	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	88
6	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	79
7	S32.1	Fraktur des Os sacrum	72
8	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	64
9	M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	46
10	S82.82	Trimalleolarfraktur	43
11	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	42
12	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	40
13	S20.2	Prellung des Thorax	39
14	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	39
15	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	39
16	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	38
17	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	38
18	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	38
19	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	35
20	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	35

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
21	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	34
22	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	33
23	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	32
24	M54.4	Lumboischialgie	31
25	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	30
26	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	30
27	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	29
28	S32.5	Fraktur des Os pubis	28
29	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	28
30	S86.0	Verletzung der Achillessehne	28

B-[1600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	342
2	S06	Intrakranielle Verletzung	342
3	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	220
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	208
5	S52	Fraktur des Unterarmes	184
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	173
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	169
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	136
9	M48	Sonstige Spondylopathien	116
10	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	79
11	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	66
12	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	65

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	62
14	L03	Phlegmone	62
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	59
16	M54	Rückenschmerzen	59
17	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	48
18	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	46
19	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	44
20	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	43
21	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	39
22	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	37
23	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	32
24	S12	Fraktur im Bereich des Halses	32
25	M00	Eitrige Arthritis	26
26	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	26
27	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	26
28	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	23
29	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	22
30	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	22

B-[1600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	295
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	258
3	5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	239
4	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	213
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	209
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	206
7	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	193
8	5-033.0	Inzision des Spinalkanals: Dekompression	175
9	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	168
10	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	153
11	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	149
12	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	140
13	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	140
14	5-835.d0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von allogenem Knochentransplantat: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	137
15	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	130
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	99
17	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	96

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	5-832.6	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Unkoforaminektomie	96
19	5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente	95
20	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	95
21	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	92
22	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	90
23	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	88
24	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	88
25	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	87
26	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	79
27	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	79
28	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	77
29	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	76
30	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	75

B-[1600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	904
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	714
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	606
4	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	503
5	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	494
6	5-836	Spondylodese	413
7	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	397
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	379
9	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	315
10	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	306
11	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	301
12	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	295
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	295
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	285
15	5-984	Mikrochirurgische Technik	258
16	5-916	Temporäre Weichteildeckung	255
17	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	238
18	5-033	Inzision des Spinalkanals	191
19	8-190	Spezielle Verbandstechniken	150
20	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	147

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	136
22	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	126
23	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	125
24	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	121
25	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	115
26	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	110
27	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	102
28	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	100
29	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	100
30	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	96

B-[1600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>Vorbereitung von stationären Aufenthalten sowie die Abklärung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen können ebenso erbracht werden wie die Nachbehandlung nach stationären Aufenthalten.</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz <i>auf Überweisung durch Chirurgen, Orthopäden und Handchirurgen Durchführung von ambulanten Leistungen im Bereich der Wiederherstellungs- und Wirbelsäulenchirurgie, ambulante Nachbehandlung nach stationär durchgeführten Eingriffen im Bereich der Wiederherstellungs- und Wirbelsäulenchirurgie</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Schulterchirurgische Ambulanz
4	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Sprechstunde <i>Die Abteilung nimmt am berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren teil und ist berechtigt auch Schwerstverletzte im Rahmen des besonderen Heilverfahrens zu behandeln.</i>

B-[1600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
2	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
4	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
5	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

#	Ambulanz	Leistung
6	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
7	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
8	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
10	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
11	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
12	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
13	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
14	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
15	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
16	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VO15 - Fußchirurgie
17	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
18	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VO16 - Handchirurgie

#	Ambulanz	Leistung
19	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
20	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VO19 - Schulterchirurgie
21	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC30 - Septische Knochenchirurgie
22	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
23	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie

B-[1600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	56
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	36
3	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	29
4	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	28
5	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	19
6	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	18
7	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	18
8	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	17

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-787.03	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	17
10	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	17
11	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	13
12	5-787.g8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	13
13	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	12
14	5-855.1a	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Fuß	12
15	5-793.24	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius proximal	12
16	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	11
17	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	11
18	5-795.20	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	10
19	5-844.35	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Interphalangealgelenk, einzeln	10
20	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	10
21	1-697.3	Diagnostische Arthroskopie: Handgelenk	10
22	5-044.4	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Hand	10
23	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	9
24	5-840.35	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	9
25	5-842.2	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie partiell, Hohlhand isoliert	8
26	5-787.3b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metakarpale	8

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
27	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	8
28	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	8
29	5-863.3	Amputation und Exartikulation Hand: Fingeramputation	8
30	5-855.12	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Oberarm und Ellenbogen	7

B-[1600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	359
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	79
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	47
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	40
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	36
6	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	35
7	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	32
8	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	21
9	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	20
10	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	20
11	1-697	Diagnostische Arthroskopie	18
12	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	17
13	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	17
14	5-844	Operation an Gelenken der Hand	15
15	5-849	Andere Operationen an der Hand	13

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	11
17	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	8
18	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	8
19	5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	8
20	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	8
21	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	7
22	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	7
23	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	7
24	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	5
25	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	4
26	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	4
27	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	4
28	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
29	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	< 4
30	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

B-[1600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Ja

Stationäre BG-Zulassung

Ja

B-[1600].11 Personelle Ausstattung

B-[1600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	19,89	Fälle je VK/Person	178,1742
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,89	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0,83	Stationär 19,06

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	11,95	Fälle je VK/Person	296,5939
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,95	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär 11,45

B-[1600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ41 - Neurochirurgie
4	AQ04 - Augenheilkunde
5	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie <i>in Kooperation mit Belegärzten</i>

B-[1600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF44 - Sportmedizin
3	ZF12 - Handchirurgie
4	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
5	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
6	ZF02 - Akupunktur

B-[1600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		43,29	Fälle je VK/Person	78,44768
Beschäftigungsverhältnis	Mit	43,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	43,29

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,29	Fälle je VK/Person	2632,558
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,29

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,13	Fälle je VK/Person	26123,0781
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,13

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

Gesamt		1,75	Fälle je VK/Person	1940,57141
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,75

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		15,63	Fälle je VK/Person	228,686859
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,78	Stationär	14,85

B-[1600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ07 - Pflege in der Onkologie
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
6	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ01 - Bachelor

B-[1600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP07 - Geriatrie
3	ZP16 - Wundmanagement

B-[1600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2300] Klinik für Orthopädie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Orthopädie

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2300 - Orthopädie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Johannes Fakler
Telefon	0851 5300 2962
Fax	0851 5300 2870
E-Mail	johannes.fakler@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien <i>Versorgung sämtlicher Gelenkerkrankungen: - degenerativ - entzündlich - posttraumatisch - gelenkerhaltende Chirurgie, z.B. Dreifache Becken-Osteotomie - Endoprothetik - Prothesen-Wechseloperationen</i>
4	VC66 - Arthroskopische Operationen
5	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
6	<i>in Zusammenarbeit mit Rheumatologen Rekonstruktion von Sehnen aller Gelenke v.a. Schulter und Knie</i>
7	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien <i>konservativ und interventionelle Schmerztherapie</i>
8	VO21 - Traumatologie
9	VO19 - Schulterchirurgie
10	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
11	VO15 - Fußchirurgie
12	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
13	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
14	VO14 - Endoprothetik
15	VD20 - Wundheilungsstörungen VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
16	<i>in Zusammenarbeit mit Rheumatologen (gemeinsamer Qualitäts-Zirkel)</i>
17	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes <i>in Zusammenarbeit mit Rheumatologen (gemeinsamer Qualitäts-Zirkel)</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VO12 - Kinderorthopädie
18	<i>Kinderorthopädische Sprechstunde, in Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum kinderorthopädische Operationen des Bewegungsapparates, Hüftrekonstruktions-Eingriffe (Acetabuloplastik), Behandlung von Kindern mit neuromuskulären Erkrankungen.</i>
19	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
20	<i>Bandscheiben-Operationen und Dekompressionen an der Lendenwirbelsäule, konservative, interventionelle und operative Therapie</i>
21	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes <i>Korrekturen von Fehlstellungen, kindliche Deformation und Klumpfußbehandlung nach Ponseti</i>
22	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
23	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
24	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
25	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien <i>gelenkerhaltende Osteotomien und matrixinduzierte Knorpelzüchtung, Arthroskopische Operationen</i>
26	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane <i>Therapien von Tumoren und Metastasen bei Erwachsenen</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	1726
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M54.4	Lumboischialgie	419

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	224
3	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	154
4	M54.5	Kreuzschmerz	78
5	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	61
6	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	57
7	M54.2	Zervikalneuralgie	37
8	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	35
9	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	34
10	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	34
11	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	27
12	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	27
13	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	26
14	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	23
15	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	21
16	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	21
17	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	18
18	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	17
19	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	17
20	M20.1	Hallux valgus (erworben)	13
21	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	12
22	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	11
23	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	11
24	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
25	M87.05	Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	8
26	M80.85	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	8
27	M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich	8
28	M00.05	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	7
29	M47.87	Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich	7
30	M19.21	Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	7

B-[2300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	570
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	268
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	218
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	85
5	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	68
6	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	55
7	M47	Spondylose	51
8	M00	Eitrige Arthritis	45
9	M75	Schulterläsionen	44
10	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	35
11	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	25

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	24
13	M48	Sonstige Spondylopathien	23
14	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	18
15	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	16
16	M19	Sonstige Arthrose	14
17	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	12
18	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	10
19	M22	Krankheiten der Patella	10
20	M87	Knochennekrose	8
21	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	8
22	M10	Gicht	8
23	S72	Fraktur des Femurs	7
24	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	5
25	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	5
26	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
27	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	4
28	M85	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur	4
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	4
30	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	< 4

B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	403
2	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	339
3	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	301
4	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	260
5	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	212
6	8-917.1x	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	161
7	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	147
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	108
9	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	82
10	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	68
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	65
12	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	61
13	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	52
14	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	49
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	46
16	8-914.10	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Halswirbelsäule	44

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
17	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	43
18	5-800.3g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Hüftgelenk	36
19	5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente	35
20	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	32
21	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	31
22	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	30
23	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	28
24	8-650	Elektrotherapie	28
25	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	26
26	8-020.4	Therapeutische Injektion: Bänder, Sehnen oder Bindegewebe	25
27	8-201.g	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk	25
28	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	23
29	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	22
30	5-800.2g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Hüftgelenk	22

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	446
2	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	403
3	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	339
4	5-986	Minimalinvasive Technik	301
5	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	282
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	238
7	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	225
8	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	201
9	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	191
10	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	107
11	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	63
12	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	62
13	8-020	Therapeutische Injektion	61
14	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	55
15	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	54
16	5-786	Osteosyntheseverfahren	48
17	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	45
18	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	43
19	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	38
20	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	34
21	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	32
22	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	32

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	32
24	5-916	Temporäre Weichteildeckung	31
25	8-650	Elektrotherapie	28
26	5-784	Knochen transplantation und -transposition	26
27	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	26
28	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	25
29	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	24
30	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	21

B-[2300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Orthopädische Ambulanz <i>Untersuchung und Beratung im Hinblick auf fachorthopädische Operationsindikation, Untersuchung und Behandlung bei kindlichen Hüfterkrankungen, Osteomyelitiden (Knochenentzündungen), eitrige Gelenkentzündungen, Komplikation nach Gelenkersatz, Fußmissbildungen bei Neugebo...</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Orthopädische Ambulanz	VO00 - („Sonstiges“)
2	Orthopädische Ambulanz	VC66 - Arthroskopische Operationen

#	Ambulanz	Leistung
3	Orthopädische Ambulanz	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
4	Orthopädische Ambulanz	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
5	Orthopädische Ambulanz	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
6	Orthopädische Ambulanz	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
7	Orthopädische Ambulanz	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
8	Orthopädische Ambulanz	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
9	Orthopädische Ambulanz	VO15 - Fußchirurgie
10	Orthopädische Ambulanz	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
11	Orthopädische Ambulanz	VO16 - Handchirurgie
12	Orthopädische Ambulanz	VO12 - Kinderorthopädie
13	Orthopädische Ambulanz	VO19 - Schulterchirurgie
14	Orthopädische Ambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
15	Orthopädische Ambulanz	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie

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

B-[2300].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	12

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	5-787.eh	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Femur distal	5
3	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	4
4	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	4
5	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	< 4
6	5-810.4t	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Ellenbogengelenk n.n.bez.	< 4
7	5-811.2t	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Ellenbogengelenk n.n.bez.	< 4
8	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	< 4
9	5-859.1a	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Fuß	< 4
10	5-811.2k	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk	< 4
11	5-810.2h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	< 4
12	5-806.5	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des lateralen Bandapparates mit Periostlappen oder ortsständigem Gewebe [Broström-Gould]	< 4
13	5-810.2t	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Ellenbogengelenk n.n.bez.	< 4
14	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
15	5-787.1t	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Kalkaneus	< 4
16	5-854.0c	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	< 4
17	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
18	5-855.7a	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Fuß	< 4
19	5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke	< 4
20	5-788.57	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 1 Phalanx	< 4
21	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
22	5-787.00	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Klavikula	< 4
23	5-787.3k	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tibia proximal	< 4
24	5-788.5c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	< 4
25	5-800.6r	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Zehengelenk	< 4
26	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	< 4
27	5-811.24	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroulnargelenk	< 4
28	5-056.8	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Bein	< 4
29	5-859.18	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie	< 4
30	5-852.9a	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Fuß	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	22
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	13
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	12
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	8

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
6	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
8	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	< 4
9	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	< 4
10	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
11	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
12	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
13	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	< 4
14	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4

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

B-[2300].11 Personelle Ausstattung

B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	12,48	Fälle je VK/Person	160,558136
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,48	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	1,73	Stationär 10,75

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7,41	Fälle je VK/Person	269,266785

Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	6,41

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF19 - Kinder-Orthopädie
2	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
3	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF44 - Sportmedizin
6	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie
7	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[2300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		36,2	Fälle je VK/Person	47,67956
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,2

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

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	863
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	1150,66663
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

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

Gesamt		2,4	Fälle je VK/Person	719,1666
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,4

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,79	Fälle je VK/Person	233,24324
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,39	Stationär	7,4

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement

#

Zusatzqualifikation

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

B-[2100] Klinik für Herzchirurgie

B-[2100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Herzchirurgie

B-[2100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2100 - Herzchirurgie

B-[2100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Parwis Massoudy
Telefon	0851 5300 2897
Fax	0851 5300 2908
E-Mail	parwis.massoudy@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[2100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC01 - Koronarchirurgie <i>Große Expertise im Bereich von Koronaroperationen mit und ohne Herz-Lungen-Maschine. Häufige Verwendung beider Brustwandarterien und total arterielle Revaskularisationen.</i>
	VC03 - Herzklappenchirurgie
2	<i>Große Expertise im Bereich rekonstruktiver Klappenchirurgie, sowohl auf dem Gebiet der minimal invasiven Mitralklappenchirurgie als auch auf dem Gebiet der Aortenklappenrekonstruktion.</i>
3	VC00 - („Sonstiges“) <i>auf diesem Gebiet enge Zusammenarbeit mit inhäusiger Gefäßchirurgie und interventioneller Radiologie im Gefäßzentrum</i>
	VC04 - Chirurgie der angeborenen Herzfehler
4	<i>Hier geht es z.B. um Vorhofseptumdefekte, Ventrikelseptumdefekte, offenen Ductus arteriosus Botalli, perforierte Sinus Valsalvae Aneurysmen bei Erwachsenen</i>
5	VC02 - Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
6	VC00 - („Sonstiges“) <i>Veno-arterielle und veno-venöse ECMO-Therapie, Impella-Therapie</i>
7	VC05 - Schrittmachereingriffe <i>Referenzzentrum für die umliegenden Kliniken</i>
8	VC06 - Defibrillatoreingriffe <i>Referenzzentrum für die umliegenden Kliniken</i>

B-[2100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	786
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	122
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	71
3	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	56
4	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	48
5	I35.0	Aortenklappenstenose	46
6	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	44
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	25
8	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	24
9	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	22
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	21
11	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	19
12	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	19
13	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	16
14	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	15
15	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	14
16	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	14
17	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	13
18	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	11
19	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	11
20	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
21	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	11

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
22	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	10
23	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	10
24	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	9
25	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	9
26	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	8
27	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	7
28	I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	6
29	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5
30	I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	5

B-[2100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	153
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	97
3	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	92
4	I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	84
5	I34	Nicht rheumatische Mitralklappenkrankheiten	63
6	I20	Angina pectoris	36
7	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	34
8	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	34
9	I50	Herzinsuffizienz	30
10	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	28
11	I33	Akute und subakute Endokarditis	24

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	20
13	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	16
14	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	13
15	I47	Paroxysmale Tachykardie	12
16	I42	Kardiomyopathie	9
17	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	9
18	D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	4
19	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	4
20	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	4
21	I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	< 4
22	I63	Hirnfarkt	< 4
23	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
24	I70	Atherosklerose	< 4
25	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
26	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	< 4
27	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	< 4
28	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
29	R55	Synkope und Kollaps	< 4
30	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	< 4

B-[2100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	506
2	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	471
3	8-923.1	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung: Nicht invasiv	399
4	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	367
5	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	215
6	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	195
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	173
8	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	172
9	5-38b.a6	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	153
10	5-349.6	Andere Operationen am Thorax: Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell	103
11	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	100
12	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	97
13	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	87
14	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	86
15	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	81
16	5-934.1	Verwendung von MRT-fähigem Material: Defibrillator	80

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
17	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	78
18	8-701	Einfache endotracheale Intubation	77
19	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	76
20	5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation	73
21	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	72
22	5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	67
23	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	65
24	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	64
25	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	62
26	8-700.0	Offenhalten der oberen Atemwege: Durch oropharyngealen Tubus	60
27	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	58
28	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	58
29	5-361.13	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien	56
30	8-851.11	Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine): Mit milder Hypothermie (32 bis 35 °C): Mit intraaortaler Ballonokklusion	55

B-[2100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	589
2	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	549
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	473
4	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	471
5	8-923	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	399
6	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	364
7	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	299
8	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	227
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	173
10	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	172
11	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	166
12	5-916	Temporäre Weichteildeckung	144
13	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	144
14	5-349	Andere Operationen am Thorax	143
15	5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	134
16	5-353	Valvuloplastik	134
17	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	123
18	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	98
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	98
20	8-851	Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)	87

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
21	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	86
22	5-354	Andere Operationen an Herzklappen	79
23	8-701	Einfache endotracheale Intubation	77
24	5-341	Inzision des Mediastinums	76
25	9-984	Pflegebedürftigkeit	74
26	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	66
27	5-986	Minimalinvasive Technik	65
28	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	60
29	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	60
30	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49

B-[2100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>auf Einweisung durch Vertragsärzte Untersuchung und Behandlung von zur Herzoperation und Herzschrittmacher-Implantation anstehenden Patienten sowie ambulante Nachbehandlungen nach einer stationären Krankenhausbehandlung</i>

B-[2100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	20
2	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	< 4

B-[2100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	22

B-[2100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2100].11 Personelle Ausstattung

B-[2100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt			12,98	Fälle je VK/Person	60,5547
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,98	Ohne	0	
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,98	

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,77	Fälle je VK/Person	116,100441
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,77

B-[2100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ08 - Herzchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[2100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF15 - Intensivmedizin

B-[2100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		42,64	Fälle je VK/Person	18,4334
Beschäftigungsverhältnis	Mit	42,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	42,64

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

Gesamt		1,92	Fälle je VK/Person	409,375
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,92

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4	Fälle je VK/Person	206,842117
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	3,8

B-[2100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[2100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement ZP14 - Schmerzmanagement
2	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
3	ZP09 - Kontinenzmanagement

B-[2100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Krauss
Telefon	0851 5300 2297
Fax	0851 5300 3015
E-Mail	thomas.krauss@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
2	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
3	VC71 - Notfallmedizin
4	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
5	VG05 - Endoskopische Operationen
6	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
7	VG00 - („Sonstiges“) <i>Endometriumablation durch Hochfrequenzverfahren (Goldnetz, NovaSure)</i>
8	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
9	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
10	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
11	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
12	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
13	VG16 - Urogynäkologie
14	VD20 - Wundheilungsstörungen
15	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
16	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
17	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
18	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
19	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
20	VG07 - Inkontinenzchirurgie
21	VG15 - Spezialsprechstunde
22	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
23	VG00 - („Sonstiges“)

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

Vollstationäre Fallzahl	6305
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	1980
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	615
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	346
4	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	252
5	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	224
6	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	205
7	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	184
8	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	171
9	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	151
10	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	79
11	O48	Übertragene Schwangerschaft	71
12	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	65
13	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	58
14	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	57
15	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	44
16	O70.2	Dammriss 3. Grades unter der Geburt	41
17	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	40
18	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	39

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
19	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	39
20	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	35
21	O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	35
22	O34.38	Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz	34
23	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	34
24	O28.8	Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter	34
25	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	33
26	O44.11	Placenta praevia mit aktueller Blutung	29
27	Z39.0	Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung	29
28	O00.1	Tubargravidität	29
29	O98.5	Sonstige Viruskrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	28
30	Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus	27

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	2013
2	O70	Dammriss unter der Geburt	641
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	615
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	268
5	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	249
6	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	188
7	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	184

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
8	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	175
9	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	154
10	D25	Leiomyom des Uterus	91
11	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	82
12	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	78
13	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	75
14	N81	Genitalprolaps bei der Frau	72
15	O48	Übertragene Schwangerschaft	71
16	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	57
17	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	53
18	O14	Präeklampsie	50
19	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	47
20	O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	44
21	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	44
22	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	41
23	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	40
24	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	36
25	O44	Placenta praevia	35
26	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	34
27	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	34
28	O98	Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	34
29	O00	Extrauterin gravidität	31
30	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	29

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	1830
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	1305
3	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	611
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	503
5	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	421
6	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	372
7	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	288
8	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	282
9	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	251
10	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	231
11	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	202
12	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	145
13	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	134
14	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	131
15	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	127
16	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	114
17	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	110
18	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	106
19	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	106

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	96
21	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	94
22	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	93
23	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	85
24	8-515	Partus mit Manualhilfe	83
25	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	83
26	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	81
27	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	77
28	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	75
29	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	74
30	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	69

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	2118
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	1305
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	1094
4	5-740	Klassische Sectio caesarea	705
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	503

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	3-100	Mammographie	333
7	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	282
8	5-749	Andere Sectio caesarea	234
9	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	223
10	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	202
11	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	160
12	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	151
13	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	147
14	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	145
15	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	134
16	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	131
17	5-728	Vakuumentbindung	127
18	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	127
19	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	118
20	5-738	Episiotomie und Naht	114
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	109
22	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	85
23	8-515	Partus mit Manualhilfe	83
24	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	77
25	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	70
26	8-510	Manipulation am Fetus vor der Geburt	65
27	5-653	Salpingoovariektomie	64
28	9-984	Pflegebedürftigkeit	64
29	5-661	Salpingektomie	55
30	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	45

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400].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)	Gynäkologische Ambulanz <i>Untersuchung zur Abklärung einer OP-Indikation, ambulante Nachuntersuchungen bei im Klinikum Passau operierten Tumorpatientinnen</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>Vorbereitung von stationären Aufenthalten sowie die Abklärung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen können ebenso erbracht werden wie die Nachbehandlung nach stationären Aufenthalten.</i>
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)	Geburtshilfliche Ambulanz <i>ambulante Untersuchung und Beratung zur Planung der Geburtseinleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Geburtshilfliche Ambulanz	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
2	Geburtshilfliche Ambulanz	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
3	Geburtshilfliche Ambulanz	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
4	Geburtshilfliche Ambulanz	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie

#	Ambulanz	Leistung
5	Gynäkologische Ambulanz	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
6	Gynäkologische Ambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
7	Gynäkologische Ambulanz	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Gynäkologische Ambulanz	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
9	Gynäkologische Ambulanz	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
10	Gynäkologische Ambulanz	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
11	Gynäkologische Ambulanz	VG05 - Endoskopische Operationen
12	Gynäkologische Ambulanz	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
13	Gynäkologische Ambulanz	VG07 - Inkontinenzchirurgie
14	Gynäkologische Ambulanz	VG16 - Urogynäkologie

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	334
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	239
3	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	151
4	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	79
5	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	67
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	50

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
7	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	46
8	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	39
9	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	35
10	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	30
11	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	29
12	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	26
13	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	24
14	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	22
15	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	13
16	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	11
17	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	11
18	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	9
19	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	9
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiole: Lyse: Laparoskopisch	8
21	5-681.82	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	6
22	5-651.82	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-651.b2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
24	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
25	8-100.d	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Hysteroskopie	< 4
26	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
27	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
28	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
29	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
30	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	334
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	239
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	210
4	5-671	Konisation der Cervix uteri	118
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	67
6	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	54
7	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	50
8	5-653	Salpingoovariektomie	35
9	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	31

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	27
11	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	26
12	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	20
13	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	15
14	5-661	Salpingektomie	11
15	5-881	Inzision der Mamma	9
16	5-469	Andere Operationen am Darm	8
17	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	8
18	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
19	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
20	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	< 4
21	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
22	5-660	Salpingotomie	< 4
23	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4

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

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		22,97	Fälle je VK/Person	315,7236
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3	Stationär	19,97

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,17	Fälle je VK/Person	1005,58215
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	6,27

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie
3	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
4	AQ15 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
5	AQ17 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF10 - Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
2	ZF12 - Handchirurgie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		20,85	Fälle je VK/Person	302,398071
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	20,85

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

Gesamt		20,02	Fälle je VK/Person	314,935059
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	20,02

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

Gesamt		1,6	Fälle je VK/Person	3940,625
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,6

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,55	Fälle je VK/Person	776,477844
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,43	Stationär	8,12

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP28 - Still- und Laktationsberatung
2	ZP16 - Wundmanagement

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

B-[3600] Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesie und operative 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
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Smul
Telefon	0851 5300 7400
Fax	0851 5300 7490
E-Mail	thorsten.smul@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
2	VN23 - Schmerztherapie

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

Vollstationäre Fallzahl	134
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	5
2	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	5
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	4
4	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	4
5	S32.4	Fraktur des Acetabulums	< 4
6	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	< 4
7	M72.66	Nekrotisierende Faszitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
8	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
9	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
10	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
11	S12.1	Fraktur des 2. Halswirbels	< 4
12	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	< 4
14	S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	< 4
15	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
16	I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	< 4
17	T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet	< 4
18	T07	Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen	< 4
19	S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)	< 4
20	T84.20	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Wirbelsäule	< 4
21	S70.1	Prellung des Oberschenkels	< 4
22	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4
23	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4
24	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	< 4
25	S80.0	Prellung des Knies	< 4
26	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	< 4
27	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	< 4
28	S65.1	Verletzung der A. radialis in Höhe des Handgelenkes und der Hand	< 4
29	S32.1	Fraktur des Os sacrum	< 4
30	S36.12	Rissverletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	12
2	I70	Atherosklerose	6
3	I63	Hirnfarkt	6
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	6

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	S72	Fraktur des Femurs	6
6	A41	Sonstige Sepsis	5
7	I61	Intrazerebrale Blutung	5
8	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	4
9	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	< 4
10	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
11	M72	Fibromatosen	< 4
12	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
14	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	< 4
15	S12	Fraktur im Bereich des Halses	< 4
16	I60	Subarachnoidalblutung	< 4
17	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
18	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	< 4
19	J93	Pneumothorax	< 4
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
21	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
22	S56	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterarmes	< 4
23	S52	Fraktur des Unterarmes	< 4
24	F32	Depressive Episode	< 4
25	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	< 4
26	D73	Krankheiten der Milz	< 4
27	K65	Peritonitis	< 4
28	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	D58	Sonstige hereditäre hämolytische Anämien	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4

B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	998
2	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	429
3	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	262
4	8-701	Einfache endotracheale Intubation	124
5	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	96
6	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	91
7	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	90
8	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	80
9	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	67
10	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	66
11	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	65
12	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	63
13	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	63

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	51
15	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	43
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	41
17	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	40
18	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	36
19	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	36
20	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	36
21	8-700.0	Offenhalten der oberen Atemwege: Durch oropharyngealen Tubus	34
22	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	34
23	5-010.00	Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Kalotte	33
24	8-812.61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 6 TE bis unter 11 TE	32
25	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	31
26	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	30
27	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	30
28	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	29
29	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	28

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	25

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

#	OPS-4- Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	998
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	527
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	399
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	393
5	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	185
6	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	167
7	8-701	Einfache endotracheale Intubation	124
8	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	99
9	5-916	Temporäre Weichteildeckung	92
10	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	92
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	90
12	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	67
13	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	66
14	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	65
15	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	63
16	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	63
17	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	56

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	50
19	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	48
20	5-469	Andere Operationen am Darm	47
21	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	47
22	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	45
23	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	43
24	5-013	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten	42
25	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	42
26	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	41
27	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	40
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	40
29	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	38
30	5-836	Spondylodese	35

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Anästhesieambulanz <i>Prämedikation</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz für Schmerztherapie und Akupunktur <i>Auf Einweisung von Vertragsärzten behandeln wir Patienten mit chronischen Schmerzen. Die häufigsten Diagnosen sind dabei Rücken-, Kopf-, Gesichts-, Tumor- und Nervenschmerzen.</i>

B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	48,29	Fälle je VK/Person	3,00314

Beschäftigungsverhältnis	Mit	48,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,67	Stationär	44,62

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		25,5	Fälle je VK/Person	5,81093
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,44	Stationär	23,06

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		58,25	Fälle je VK/Person	2,30043
Beschäftigungsverhältnis	Mit	58,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	58,25

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

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	536
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

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

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	536
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,9	Fälle je VK/Person	34,35897
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,9

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

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

B-[3753] Teilstationäre Schmerztherapie

B-[3753].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Teilstationäre Schmerztherapie

B-[3753].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3753 - Schmerztherapie

B-[3753].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Arzt Schmerztherapie
Titel, Vorname, Name	Hans Conrads
Telefon	0851 5300 7403
Fax	0851 5300 7491
E-Mail	hans.conrads@klinikum-passau.de
Strasse	Hochstraße
Hausnummer	6
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[3753].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3753].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN23 - Schmerztherapie

B-[3753].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	60

B-[3753].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3753].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3753].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3753].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c.12	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	98
2	8-91c.11	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	69
3	8-91c.20	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr übende oder sonstige Verfahren	60

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
4	8-91c.10	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei übende oder sonstige Verfahren	50
5	8-91c.21	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	50
6	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	41
7	8-91c.23	Teilstat. interdisziplin. multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, davon 1 ärztl. oder psychologisch psychotherapeutisches Verf. von mind. 60 Min. und zusätzlich 1 ärztl. oder psychotherap. Einzelgespräch von mind. 30 Min.	5

B-[3753].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	332
2	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	41

B-[3753].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3753].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatsprechstunde für chronisch schmerzkrankte Patienten

B-[3753].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3753].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3753].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3753].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3753].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3753].11 Personelle Ausstattung

B-[3753].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,75	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,75

B-[3753].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

B-[3753].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie <i>inklusive psychosomatischer Grundversorgung</i>
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF15 - Intensivmedizin

B-[3753].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		0,89	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,89

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

B-[3753].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3753].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3753].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2800] Klinik für Neurologie mit zertifizierter (DSG), überregionaler Stroke Unit (Akutschlaganfallbehandlung)

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurologie mit zertifizierter (DSG), überregionaler Stroke Unit (Akutschlaganfallbehandlung)

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie
2	2856 - Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten

B-[2800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Tobias Freilinger
Telefon	0851 5300 3071
Fax	0851 5300 3075
E-Mail	tobias.freilinger@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[2800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der
Vereinbarung von Verträgen mit leitenden

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
2	VR04 - Duplexsonographie <i>DEGUM-I-Zertifikat liegt vor</i>
3	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
4	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen <i>Lumbalpunktion 24 h verfügbar</i>
5	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
6	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
7	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
8	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
9	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
10	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
11	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
12	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
13	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns <i>Kooperation mit dem zertifizierten neuroonkologischen Zentrum am Klinikum Deggendorf</i>
14	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
15	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
16	VI39 - Physikalische Therapie
17	VN24 - Stroke Unit

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
19	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
20	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
21	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen <i>interventionelle Neuroradiologie 24h verfügbar</i>
22	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
23	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
24	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
25	VN23 - Schmerztherapie
26	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen <i>Immunadsorption und Plasmapherese täglich verfügbar</i>
27	VN00 - („Sonstiges“)
28	VN00 - („Sonstiges“)

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

Vollstationäre Fallzahl	2230
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	333
2	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	219
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	165

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
4	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	123
5	H81.2	Neuropathia vestibularis	67
6	R42	Schwindel und Taumel	56
7	R51	Kopfschmerz	52
8	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	52
9	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	37
10	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	34
11	G61.8	Sonstige Polyneuritiden	31
12	G70.0	Myasthenia gravis	30
13	G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	29
14	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	27
15	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	25
16	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	24
17	R55	Synkope und Kollaps	24
18	R20.1	Hypästhesie der Haut	24
19	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	23
20	G44.2	Spannungskopfschmerz	20
21	R20.2	Parästhesie der Haut	20
22	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	19
23	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	18
24	G03.0	Nichteitrige Meningitis	17
25	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	17
26	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	17

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	16
28	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	16
29	G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]	16
30	G45.32	Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	14

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	585
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	206
3	G40	Epilepsie	151
4	H81	Störungen der Vestibularfunktion	139
5	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	92
6	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	58
7	R42	Schwindel und Taumel	56
8	R51	Kopfschmerz	52
9	G43	Migräne	43
10	I61	Intrazerebrale Blutung	43
11	G61	Polyneuritis	37
12	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	31
13	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	30
14	G41	Status epilepticus	30
15	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	27
16	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	26
17	R55	Synkope und Kollaps	24
18	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	B02	Zoster [Herpes zoster]	19
20	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	19
21	G03	Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	17
22	R41	Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen	16
23	G62	Sonstige Polyneuropathien	15
24	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	13
25	H49	Strabismus paralyticus	12
26	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	12
27	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	12
28	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	11
29	G91	Hydrozephalus	10
30	G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	10

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1978
2	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1104
3	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	379
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	316

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	8-981.30	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	285
6	1-206	Neurographie	195
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	193
8	8-981.32	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	181
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	155
10	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	150
11	8-981.31	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	145
12	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	118
13	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	115
14	1-205	Elektromyographie [EMG]	111
15	8-981.33	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	106
16	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	103
17	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	100
18	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	99
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	84
20	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	78
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	61
22	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	57

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	8-83b.87	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter	45
24	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	42
25	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	37
26	8-83b.84	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Stentretriever-System	34
27	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	32
28	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	31
29	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	28
30	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	28

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1978
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1129
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	717
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	533
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	396
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	316
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	270

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	257
9	1-206	Neurographie	195
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	118
11	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	115
12	1-205	Elektromyographie [EMG]	111
13	8-020	Therapeutische Injektion	105
14	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	102
15	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	100
16	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	66
17	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	42
18	5-381	Endarteriektomie	39
19	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	37
20	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	32
21	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	28
22	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	27
23	8-84d	(Perkutan-)transluminale Implantation von aus Einzeldrähten verwobenen Nitinolstents	25
24	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	24
25	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	22
26	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	20
27	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	14
28	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	13
29	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	12
30	8-84e	(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents mit Embolieprotektion bei Stenosen	11

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vorbereitung von stationären Aufenthalten sowie die Abklärung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen können ebenso erbracht werden wie die Nachbehandlung nach stationären Aufenthalten.

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
2	AM07	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
3	AM07	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
4	AM07	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
5	AM07	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
6	AM07	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
7	AM07	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
8	AM07	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
9	AM07	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
10	AM07	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
11	AM07	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
12	AM07	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

#	Ambulanz	Leistung
13	AM07	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
14	AM07	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
15	AM07	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
16	AM07	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
17	AM07	VN23 - Schmerztherapie

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

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

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

B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2800].11 Personelle Ausstattung

B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		19,44	Fälle je VK/Person	115,305069
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,44	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	19,34
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		8,06	Fälle je VK/Person	280,150757
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	7,96

B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		37,85	Fälle je VK/Person	58,91678
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,85

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,33	Fälle je VK/Person	669,6697
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,33

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2230
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,65	Fälle je VK/Person	3430,76929
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,65

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

Gesamt		7,73	Fälle je VK/Person	288,48642
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,73

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,5	Fälle je VK/Person	303,401367
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,15	Stationär	7,35

B-[2800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP29 - Stroke Unit Care
	ZP24 - Deeskalationstraining
2	<i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>
3	ZP02 - Bobath
4	ZP20 - Palliative Care

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

B-[3751] Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie/Neuroradiologie

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie/Neuroradiologie

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	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Wiebke Kurre
Telefon	0851 5300 2366
Fax	0851 5300 2202
E-Mail	wiebke.kurre@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

2014 nach § 135c SGB V

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Sämtliche konventionellen Röntgenaufnahmen, überwiegend als Direktradiographie.</i> VR15 - Arteriographie <i>Es werden sämtliche gefäßeröffnende und gefäßverschießende Behandlungsmethoden (Ballonaufdehnung, Stents, Gefäßprothesen, Embolisationen) angewendet. Selbst Aussackungen der Brust- oder Bauchschlagader werden durch Prothesen behandelt.</i>
3	VR04 - Duplexsonographie <i>Moderner, digitaler Ultraschall mit Impedanzmessungen, Kontrastultraschall sowie Möglichkeiten zur Bildfusion. Alle Verfahren der ultraschallgesteuerten Interventionen einschließlich Mammabiopsien und -markierungen.</i> VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung <i>Wir verfügen über modernste Bildnachbearbeitungssysteme, die auch eine virtuelle Darstellung der Herzkranzgefäße oder des Darms ermöglichen.</i>
5	VR10 - Computertomographie (CT), nativ VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>Zwei 128-Zeilen CT mit iterativer Rekonstruktion (strahlensparende Technik). Alle Verfahren der interventionellen CT inkl. Thermoablationen, Drainagen und Biopsien aller Körperregionen.</i>
7	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel VR41 - Interventionelle Radiologie <i>Über 1000 Eingriffe im Bereich des Gefäßsystems (Apoplex, Carotisstents, Endoprothetik der thorakalen u. abdom. Aorta inkl. fenestrierter u. gebranchter Prothesen, PAVK u. Shunts), intervent.-onkolog. Verfahren (SIRT, TACE, Thermoablation, etc.), sowie TIPS, PTCD, Drainagen, bildgesteuerte Schmerzth</i>
9	VR42 - Kinderradiologie <i>Sämtliche Schnittbilduntersuchungen (MRT, CT) sowie sonographische und fluoroskopische Verfahren (Breischluck, Zystographie, Refluxuntersuchungen) werden durch kinderradiologisch geschulte Fachärzte angeboten und durchgeführt.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR43 - Neuroradiologie
10	<i>Durchführung sämtl. diag. neuroradiolog. Untersuchungen d. zentralen u. peripheren Nervensystems (MRT, CT, FKDS, intraarterielle Angio) sowie aller rekanalisierenden Verfahren (Carotisstents, Aspirationsthorbektomie, Stentretreiver, intrakranielle PTA u. Stents) von 2 zertifizierten Neuroradiologen.</i>
	VR47 - Tumorembolisation
11	<i>transarterielle Chemoembolisation und Radioembolisation und Embolisation von Tumorblutungen</i>
	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
12	<i>Mit diesen Verfahren unterstützen wir unsere Gefäßchirurgen im Hybrid-OP</i>
	VR16 - Phlebographie
13	<i>Phlebographie der Extremitäten, sowie Rekanalisationsverfahren bei venösen Thrombosen der oberen und unteren Extremität inkl. Cavafilter.</i>
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
14	<i>Diese Untersuchungen (Magen-Darm-Untersuchungen, Untersuchungen des Rückenmarks) werden auch ambulant erbracht.</i>
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	<i>1) Moderne Hochfeldscanner mit 3 und 1,5 Tesla 2) Diffusionsverfahren, Perfusionsverfahren, Spektroskopie des ZNS.</i>
	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
16	<i>Kardiale Volumetrie, Bestimmung der Auswurfraction, Reurgitation und Shuntfraction, Stenosegrade. MR-Perfusion der Mamma mit quantitativer Auswertung</i>
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
17	<i>Perfusionsmessung verschiedener Organe, Spektroskopie, MR-Angiografie</i>
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
18	<i>Myelographie, Arthrographie, Sialographie, Magen-Darm-Passagen, Kolonkontrasteinlauf, Defäkographie.</i>
	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
19	<i>Wir verfügen über sämtliche Untersuchungsverfahren der Brust mit Röntgenstrahlen, Ultraschall und Kernspintomographie. Verdächtige Befunde können unmittelbar punktiert oder vor einer Operation markiert werden. Es besteht die Möglichkeit der Tomosynthese und Vakuumbiopsie.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>MR Untersuchungen mit interstitiellem (zyklischen) und leberspezifischen Kontrastmittel.</i>
21	VR40 - Spezialsprechstunde <i>Spezialsprechstunde: Interventionelle Onkologie OA Kereszy, interventionelle Neuroradiologie PD Dr. Kurre</i>
22	VR02 - Native Sonographie
23	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel <i>Alle Spezialverfahren der Kontrastmittelsonographie, speziell der Leber.</i>
24	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
25	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung <i>Diese Untersuchungen der zeitlich und räumlich aufgelösten Kontrastmitteluntersuchungen durch MRT werden bei gezielten Fragestellungen (z.B. Lungenperfusion, AV-Malformationen) angeboten.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

keine bettenführende Einheit

B-[3751].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3751].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	18992
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	11708
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	10070
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	10068
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	8243
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	4005
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3827
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	3055
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	2571
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2026
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	1889
12	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1868
13	3-224.30	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]	1637
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	1610
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	1210
16	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	1146
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1141
18	3-80x	Andere native Magnetresonanztomographie	861
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	802
20	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	673
21	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	645

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	384
23	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	384
24	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	312
25	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	216
26	3-201	Native Computertomographie des Halses	211
27	3-843.0	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	180
28	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	175
29	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	156
30	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	140

B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	18992
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	11708
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	10070
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	10068
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	8243
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	4005
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3827
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	3055
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	2571
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	2026
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	1889

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1868
13	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	1647
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	1610
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	1210
16	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	1146
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	1141
18	3-80x	Andere native Magnetresonanztomographie	861
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	802
20	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	673
21	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	645
22	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	384
23	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	384
24	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	312
25	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	216
26	3-201	Native Computertomographie des Halses	211
27	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	180
28	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	175
29	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	156
30	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	140

B-[3751].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3751].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)	Radiologische Ambulanz <i>Auf Überweisung durch Vertragsärzte Myelographie, CT des Myelons nach Myelographie, Serienangiographien, Rekanalisationseingriffe (Gefäßangioplastie, Stentimplantation), Duplexsonographie der Arterien und Venen im Zusammenhang mit Interventionen.</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Diagnostische und interventionelle Radiologie
3	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	<i>Versorgung nach §116b SGB V für Gastroenterologische Tumoren, Gynäkologische Tumoren und Urologische Tumoren</i>
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	
5	AM07 - Privatambulanz	<i>Privatpatienten stehen sämtliche diagnostische und interventionelle radiologische Verfahren zur Verfügung.</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR15 - Arteriographie
2	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
4	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
5	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
6	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren

#	Ambulanz	Leistung
7	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR04 - Duplexsonographie
8	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
9	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
10	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR41 - Interventionelle Radiologie
11	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR42 - Kinderradiologie
12	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
13	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
14	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
16	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR02 - Native Sonographie
17	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR43 - Neuroradiologie
18	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR16 - Phlebographie
19	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
20	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
21	Diagnostische und interventionelle Radiologie	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel

B-[3751].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	6
2	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	5
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	5
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	5
5	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	4
6	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	< 4
7	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	< 4
8	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
9	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	< 4
10	8-836.03	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	< 4
11	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	< 4
12	8-836.3k	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Arterien Oberschenkel	< 4
13	8-836.0e	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	11
2	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	6
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	5
4	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	5
5	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	5
6	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
7	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	< 4

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

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

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		21,37	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,1	Stationär	19,27

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,69	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	8,69

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie
3	AQ44 - Nuklearmedizin

4 AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		25,48	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	25,48

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

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

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

B-[3700_2] Institut für Labor- und Transfusionsmedizin

B-[3700_2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht-Bettenführend (FALSCH ZUORDNUNG!)
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Labor- und Transfusionsmedizin

B-[3700_2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700_2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Sven Schneider
Telefon	0851 5300 3026
Fax	0851 5300 3063
E-Mail	sven.schneider@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[3700_2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3700_2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI42 - Transfusionsmedizin <i>Das Institut für Labor- und Transfusionsmedizin versorgt das Klinikum mit Leistungen aus der gesamten Labormedizin. Es unterhält ein Blutdepot für Erythrocyten- und Thrombocytenkonzentraten sowie für Humanplasma. In Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesie und ...</i>

B-[3700_2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Keine bettenführende Abteilung

B-[3700_2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3700_2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3700_2].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3700_2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	4415
2	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	531

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	8-800.f0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat	331
4	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	275
5	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	240
6	8-810.j5	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 2,0 g bis unter 3,0 g	227
7	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	187
8	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	175
9	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE	158
10	8-800.f1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	121
11	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	110
12	8-812.50	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE	96
13	8-812.61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 6 TE bis unter 11 TE	94

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	8-800.c3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE	79
15	8-810.j9	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 6,0 g bis unter 7,0 g	76
16	8-812.52	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE	73
17	8-800.f2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	69
18	8-810.e8	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII: 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten	63
19	8-800.f3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	53
20	8-800.g2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 3 Thrombozytenkonzentrate	42
21	8-810.j6	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 3,0 g bis unter 4,0 g	36
22	8-810.e9	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII: 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten	35
23	8-810.wd	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 145 g bis unter 165 g	34
24	8-800.c4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE	34
25	8-810.wb	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 105 g bis unter 125 g	33

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	8-812.53	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 3.500 IE bis unter 4.500 IE	32
27	8-810.jb	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 8,0 g bis unter 9,0 g	32
28	8-810.j4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 1,0 g bis unter 2,0 g	30
29	8-800.g3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 4 Thrombozytenkonzentrate	30
30	8-812.62	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 11 TE bis unter 21 TE	29

B-[3700_2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	6432
2	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	1061
3	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	816

B-[3700_2].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3700_2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3700_2].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3700_2].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3700_2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3700_2].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3700_2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700_2].11 Personelle Ausstattung

B-[3700_2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

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

B-[3700_2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ38 - Laboratoriumsmedizin

B-[3700_2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3700_2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,42	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,42

B-[3700_2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3700_2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3700_2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3200] Klinik für Nuklearmedizin

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Nuklearmedizin

B-[3200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3200 - Nuklearmedizin

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. med. Wolfgang Römer
Telefon	0851 5300 2223
Fax	0851 5300 2412
E-Mail	wolfgang.roemer@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Helmut Sigl
Telefon	0851 5300 2223
Fax	0851 5300 2412
E-Mail	helmut.sigl@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76

PLZ	94032
Ort	Passau

B-[3200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR39 - Radiojodtherapie <i>gut- und bösartige Schilddrüsenerkrankungen</i>
2	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren <i>Wächterlymphknoten</i>
3	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden <i>Radiosynoviorthese und SIRT</i>
4	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
5	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen <i>Radiojodtest</i>
6	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung <i>im Rahmen von PET/CT</i>
7	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
8	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner <i>PET/CT mit FDG</i>
9	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	VR18 - Szintigraphie

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VR17 - Lymphographie
12	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	VR02 - Native Sonographie <i>Schilddrüse</i>
14	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
15	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
16	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
17	VR04 - Duplexsonographie
	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
18	<i>Dreidimensionale Darstellung im Rahmen der Knochen-, Hirn- und Herzsintigraphie sowie bei Spezialverfahren zur Tumordarstellung (Octreotid, I-123-MIBG) und Entzündungssuche</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	102
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	32
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	28
3	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	18
4	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	12
5	E01.1	Jodmangelbedingte mehrknotige Struma (endemisch)	4
6	E04.8	Sonstige näher bezeichnete nichttoxische Struma	< 4
7	E04.0	Nichttoxische diffuse Struma	< 4
8	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	< 4

9	C22.0	Leberzellkarzinom	< 4

B-[3200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	62
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	28
3	E04	Sonstige nichttoxische Struma	7
4	E01	Jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten und verwandte Zustände	4
5	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	< 4

B-[3200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	222
2	3-722.2	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge: Perfusions- und Ventilations-Single-Photon-Emissionscomputertomographie	82
3	3-709.00	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Mit Gabe von radioaktiv markierten ungerichteten Substanzen	69
4	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	68
5	3-705.1	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Mehr-Phasen-Szintigraphie	42
6	3-731	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Herzens	37
7	3-73x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)	34

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	3-721.21	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie unter pharmakologischer Belastung: Mit EKG-Triggerung	30
9	3-721.01	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie in Ruhe: Mit EKG-Triggerung	26
10	3-752.0	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur	25
11	3-70c.01	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	21
12	3-70b.0	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden: Radiojod-2-Phasentest	20
13	3-722.0	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge: Perfusions-Single-Photon-Emissionscomputertomographie	20
14	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	15
15	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	13
16	3-722.1	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge: Ventilations-Single-Photon-Emissionscomputertomographie	13
17	3-724.0	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie: Knochen	12
18	3-70d.x	Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Sonstige	10
19	3-724.x	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie: Sonstige	9
20	8-531.21	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie mit 5 oder mehr GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	6
21	3-706.0	Szintigraphie der Nieren: Statisch	6
22	3-706.1	Szintigraphie der Nieren: Dynamisch	6

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	8-531.10	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	5
24	3-709.01	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Mit Gabe von radioaktiv markierten rezeptorgerichteten Substanzen	4
25	3-752.1	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes: Mit diagnostischer Computertomographie	4
26	3-703.2	Szintigraphie der Lunge: Perfusions- und Ventilationsszintigraphie	4
27	3-72x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie	4
28	3-70c.x	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Sonstige	< 4
29	3-70c.00	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	< 4
30	3-733.0	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Skelettsystems: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	264
2	3-722	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge	115
3	8-531	Radiojodtherapie	94
4	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	73
5	3-721	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens	61
6	3-731	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Herzens	37

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	3-73x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)	34
8	3-752	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes	29
9	3-70c	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	28
10	3-724	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie	21
11	3-70b	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden	20
12	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	15
13	3-706	Szintigraphie der Nieren	12
14	3-70d	Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	10
15	3-703	Szintigraphie der Lunge	4
16	3-72x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie	4
17	3-733	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Skelettsystems	< 4
18	3-702	Szintigraphie anderer endokriner Organe	< 4
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
20	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
21	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4
22	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4

B-[3200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	Nuklearmedizinische Ambulanz

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Nuklearmedizinische Ambulanz	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
2	Nuklearmedizinische Ambulanz	VR39 - Radiojodtherapie
3	Nuklearmedizinische Ambulanz	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
4	Nuklearmedizinische Ambulanz	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
5	Nuklearmedizinische Ambulanz	VR18 - Szintigraphie
6	Nuklearmedizinische Ambulanz	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden

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

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

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

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

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

B-[3200].11 Personelle Ausstattung

B-[3200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	51

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ44 - Nuklearmedizin

B-[3200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		0,76	Fälle je VK/Person	134,210526
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,76

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,64	Fälle je VK/Person	21,98276
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,64

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care

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

B-[3300] Klinik für Strahlentherapie/Radioonkologie

B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Strahlentherapie/Radioonkologie

B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3300 - Strahlenheilkunde

B-[3300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt und niedergelassener Arzt
Titel, Vorname, Name	Univ. Doz. Dr. Stefan Wachter
Telefon	0851 5300 2372
Fax	0851 5300 3165
E-Mail	stefan.wachter@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[3300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR34 - Radioaktive Moulagen
2	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
3	VR40 - Spezialsprechstunde
4	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
5	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
6	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
7	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
8	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
9	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
10	VR31 - Orthovoltstrahlentherapie
11	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
12	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden
13	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
14	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
15	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
16	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
17	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie

B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	2714
2	8-527.6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Behandlungshilfen	176
3	8-528.6	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung	160
4	8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	150
5	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	138
6	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	122
7	8-527.1	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad	77
8	8-524.2	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin und intravaginal, kombiniert	33
9	8-528.7	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die Brachytherapie	33
10	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	27

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	8-523.10	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral	17
12	8-523.11	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Extrazerebral	15
13	8-529.6	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex	10
14	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	9
15	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	< 4
16	8-525.3	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Entfernung von umschlossenen Radionukliden oder inaktiven Applikatoren unter Anästhesie	< 4
17	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	< 4
18	8-522.61	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Mit bildgestützter Einstellung	< 4

B-[3300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2716
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	528
3	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	220
4	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	157
5	8-524	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	33
6	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	32

7	8-525	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	< 4

B-[3300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3300].11 Personelle Ausstattung

B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	0,75	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
	0,75		

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ58 - Strahlentherapie
2	AQ56 - Radiologie, SP Neuroradiologie

B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

B-[3300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1590] Allgemeine Chirurgie - Belegabteilung

B-[1590].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie - Belegabteilung

B-[1590].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1590 - Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp (II)

B-[1590].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Leiter MVZ am Klinikum Passau, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Durchgangsarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Knauer
Telefon	0851 8516504 10
Fax	0851 8516504 68
E-Mail	peter.knauer@mvz.klinikum-passau.de
Strasse	Hochstraße
Hausnummer	6
PLZ	94032
Ort	Passau
URL	https://www.mvz-klinikum-passau.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Leiter MVZ an der Hellge Klinik, Facharzt für Orthopädie, Chirurgie, Unfallchirurgie, Durchgangsarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Wolfgang Wagner
Telefon	0851 8516504 80
Fax	0851 8516504 68

E-Mail	wolfgang.wagner@mvz-hellge-klinik.de
Strasse	Hochstraße
Hausnummer	6
PLZ	94032
Ort	Passau
URL	https://www.mvz-klinikum-passau.de

B-[1590].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1590].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC66 - Arthroskopische Operationen
2	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
3	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
4	VO15 - Fußchirurgie
5	VO16 - Handchirurgie
6	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
7	VC00 - („Sonstiges“)
8	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
9	VC71 - Notfallmedizin
10	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
11	VC00 - („Sonstiges“)

B-[1590].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	71
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1590].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	23
2	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	8
3	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	4
4	M20.1	Hallux valgus (erworben)	4
5	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4
6	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	< 4
7	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	< 4
8	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	< 4
9	S46.2	Verletzung des Muskels und der Sehne an sonstigen Teilen des M. biceps brachii	< 4
10	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	< 4
11	S82.82	Trimalleolarfraktur	< 4
12	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
13	S83.2	Meniskusriss, akut	< 4
14	S52.4	Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert	< 4
15	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	< 4
16	M71.99	Bursopathie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	< 4
17	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
19	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	< 4
20	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	< 4
21	M70.2	Bursitis olecrani	< 4
22	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	< 4
23	M77.3	Kalkaneussporn	< 4
24	S82.38	Distale Fraktur der Tibia: Sonstige	< 4
25	S82.28	Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige	< 4
26	S62.30	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
27	M77.9	Enthesopathie, nicht näher bezeichnet	< 4
28	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	< 4
29	M23.20	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Mehrere Lokalisationen	< 4
30	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	< 4

B-[1590].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	33
2	M75	Schulterläsionen	6
3	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	5
4	K42	Hernia umbilicalis	4
5	L05	Pilonidalzyste	< 4
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	< 4
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4
8	M77	Sonstige Enthesopathien	< 4
9	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
10	S52	Fraktur des Unterarmes	< 4
11	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	< 4
12	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	< 4
13	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	< 4
14	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	< 4
15	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	< 4
16	M71	Sonstige Bursopathien	< 4
17	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
18	K43	Hernia ventralis	< 4

B-[1590].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1590].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	24
2	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	21
3	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	12
4	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	11
5	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	5

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	4
7	5-782.60	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Klavikula	< 4
8	5-788.51	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie	< 4
9	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	< 4
10	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	< 4
11	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	< 4
12	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
13	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4
14	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	< 4
15	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
16	5-787.k1	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus proximal	< 4
17	5-810.50	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humero Glenoidgelenk	< 4
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
19	5-812.ej	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Proximales Tibiofibulargelenk	< 4
20	5-932.44	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 200 cm ² bis unter 300 cm ²	< 4
21	5-856.39	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Unterschenkel	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
23	5-895.44	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Sonstige Teile Kopf	< 4
24	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	< 4
25	5-897.12	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Verschiebe-Rotations-Plastik	< 4
26	5-814.9	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodese der langen Bizepssehne	< 4
27	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	< 4
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
29	5-787.k8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulnaschaft	< 4
30	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	< 4

B-[1590].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	37
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	35
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	12
4	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	9
5	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	8
6	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	5
8	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
9	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
10	5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
11	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
12	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
13	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
15	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
16	5-856	Rekonstruktion von Faszien	< 4
17	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
18	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	< 4
19	5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	< 4
20	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
21	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
22	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
23	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
24	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
26	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4

B-[1590].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1590].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	MVZ an der Hellge-Klinik

B-[1590].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ an der Hellge-Klinik	VC00 - („Sonstiges“)
2	MVZ an der Hellge-Klinik	VC66 - Arthroskopische Operationen
3	MVZ an der Hellge-Klinik	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
4	MVZ an der Hellge-Klinik	VO15 - Fußchirurgie
5	MVZ an der Hellge-Klinik	VO16 - Handchirurgie
6	MVZ an der Hellge-Klinik	VO19 - Schulterchirurgie
7	MVZ an der Hellge-Klinik	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

B-[1590].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1590].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	25
2	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	7
3	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5
4	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	4
5	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	< 4
6	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
7	5-843.3	Operationen an Muskeln der Hand: Desinsertion	< 4
8	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
9	5-859.2a	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Fuß	< 4
10	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss	< 4
11	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	< 4
12	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	< 4
13	5-840.35	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	< 4
14	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
15	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	< 4
16	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
17	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	< 4

B-[1590].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	25
2	5-841	Operationen an Bändern der Hand	10
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	5
4	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	4
5	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
6	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
9	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
10	5-843	Operationen an Muskeln der Hand	< 4
11	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
12	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
13	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
14	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
15	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4

B-[1590].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1590].11 Personelle Ausstattung

B-[1590].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	35,5

B-[1590].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1590].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1590].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	202,857147
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

B-[1590].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ07 - Pflege in der Onkologie
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

B-[1590].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement
2	ZP16 - Wundmanagement

B-[1590].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

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

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

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Eckstein
Telefon	0851 5300 2360
Fax	0851 5300 2990
E-Mail	webmaster@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Roman Hubertus
Telefon	0851 5300 2360
Fax	0851 5300 2990
E-Mail	webmaster@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76

PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Karschay
Telefon	0851 5300 2360
Fax	0851 5300 2990
E-Mail	webmaster@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
2	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
3	VH04 - Mittelohrchirurgie
4	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
5	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
6	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
7	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
8	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
9	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VH11 - Transnasaler Verschluss von Liquor fisteln
11	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
12	VH25 - Schnarchoperationen
13	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
14	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
15	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
16	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
17	VD20 - Wundheilungsstörungen
18	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
19	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
20	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge

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

Vollstationäre Fallzahl	134
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	65
2	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	13
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	7
4	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	6
5	R04.0	Epistaxis	4
6	J33.8	Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen	< 4
7	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
8	J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
10	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	< 4
11	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
12	J34.1	Zyste oder Mukozele der Nase und der Nasennebenhöhle	< 4
13	Q18.0	Branchiogene(r) Sinus, Fistel und Zyste	< 4
14	K11.2	Sialadenitis	< 4
15	Q17.5	Abstehendes Ohr	< 4
16	R06.0	Dyspnoe	< 4
17	Q18.1	Präaurikuläre(r) Sinus und Zyste	< 4
18	C76.0	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Gesicht und Hals	< 4
19	J33.1	Polyposis nasalis deformans	< 4
20	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
21	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	< 4
22	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
23	J35.0	Chronische Tonsillitis	< 4
24	I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	< 4
25	J36	Peritonsillarabszess	< 4
26	J38.6	Kehlkopfstenose	< 4
27	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	< 4
28	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	< 4
29	S02.1	Schädelbasisfraktur	< 4
30	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	< 4

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	71
2	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	13
3	J32	Chronische Sinusitis	11
4	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	6
5	J33	Nasenpolyp	5
6	R04	Blutung aus den Atemwegen	4
7	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	< 4
8	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	< 4
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	< 4
11	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
12	J36	Peritonsillarabszess	< 4
13	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	< 4
14	R59	Lymphknotenvergrößerung	< 4
15	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	< 4
16	C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen	< 4
17	R06	Störungen der Atmung	< 4
18	R57	Schock, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
19	J03	Akute Tonsillitis	< 4
20	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
21	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	< 4
22	I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
23	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	< 4
24	Q17	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres	< 4
25	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	< 4
26	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	99
2	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	43
3	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	39
4	5-202.2	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Explorative Tympanotomie	35
5	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	30
6	5-282.1	Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiell, transoral	28
7	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	21
8	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	12
9	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	10
10	5-222.0	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	5
11	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	5
12	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	5-216.1	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	< 4
14	5-214.5	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur ohne Resektion	< 4
15	1-586.0	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Zervikal	< 4
16	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	< 4
17	5-221.0	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über unteren Nasengang	< 4
18	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	< 4
19	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	< 4
20	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	< 4
21	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	< 4
22	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
23	5-906.05	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Hals	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	101
2	5-200	Parazentese [Myringotomie]	51
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	43
4	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	35
5	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	32
6	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	28
7	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	21
8	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	10

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	6
10	5-184	Plastische Korrektur absteigender Ohren	5
11	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	5
12	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	4
13	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
14	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
15	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
16	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	< 4
17	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	41
2	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	36
3	5-202.2	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Explorative Tympanotomie	10
4	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	10

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
5	5-401.01	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel- Lymphonodektomie)	4
6	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	< 4
7	5-216.1	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	< 4
8	5-259.1	Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	< 4
9	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	< 4
10	5-259.2	Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae	< 4
11	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	< 4
12	5-906.00	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Lippe	< 4
13	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
14	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	< 4

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

#	OPS-4- Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	41
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	36
3	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	10
4	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	10
5	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	5
6	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4
7	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
8	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
9	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
11	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	< 4
12	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4

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

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	44,66667

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		0,67	Fälle je VK/Person	200
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,67

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

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

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

B-[2200] Klinik für Urologie

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Urologie

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Sebastian Walther
Telefon	0851 5300 2308
Fax	0851 5300 3158
E-Mail	Urologie-Passau@t-online.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Franz Kaiser
Telefon	0851 5300 2308
Fax	0851 5300 3158
E-Mail	Urologie-Passau@t-online.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76

PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christoph Adam
Telefon	0851 5300 2308
Fax	0851 5300 3158
E-Mail	Urologie-Passau@t-online.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Martin Dickmann
Telefon	0851 5300 2308
Fax	0851 5300 3158
E-Mail	Urologie-Passau@t-online.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
2	VU09 - Neuro-Urologie <i>ambulante urodynamische Abklärung neurologischer Fragestellungen</i>
3	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems <i>Ultraschall- und CT gesteuerte Punktionen</i>
4	VU14 - Spezialsprechstunde
5	VU13 - Tumorchirurgie <i>radikale und organerhaltende Tumorchirurgie aller urologischen Tumore</i>
6	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase <i>Korrektur von Fehlbildungen</i>
7	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems <i>Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie bei Inkontinenz mit Netz- und Bandimplantaten</i>
8	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
9	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters <i>radikale und organerhaltende Tumorchirurgie, rekonstruktive und minimal invasive Eingriffe</i>
10	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>minimalinvasive, endoskopische Steintherapie einschließlich ambulanter und stationärer ESWL</i>
11	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane <i>Tumorerkrankungen, Fehlbildungen, Verletzungen und entzündlichen Prozessen</i>
12	VU08 - Kinderurologie <i>Korrektur von Fehlbildungen, NMR-Diagnostik</i>
13	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>Ureterorenoskopie, perkutane Litholapaxie, ESWL, Lasertherapie</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VG16 - Urogynäkologie
15	VD20 - Wundheilungsstörungen
16	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden
17	VU17 - Prostatazentrum
18	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
19	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz <i>Behandlung der postrenalen Niereninsuffizienz, Isotopendiagnostik</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	804
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N20.1	Ureterstein	136
2	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	76
3	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	54
4	N20.0	Nierenstein	51
5	N13.5	Abknickung und Strikturen des Ureters ohne Hydronephrose	35
6	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	35
7	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	34
8	N40	Prostatahyperplasie	32
9	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	27
10	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	23
11	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	21

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
12	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	20
13	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	19
14	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	13
15	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	12
16	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	11
17	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	10
18	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	10
19	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	10
20	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Harnblase	10
21	N21.0	Stein in der Harnblase	9
22	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	8
23	N43.4	Spermatozele	6
24	N13.20	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein	6
25	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	5
26	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	5
27	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	5
28	R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber	4
29	C67.5	Bösartige Neubildung: Harnblasenhals	4
30	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	4

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Nieren- und Ureterstein	197
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	114
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	96
4	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	76

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	34
6	N40	Prostatahyperplasie	32
7	N43	Hydrozele und Spermatozele	26
8	N45	Orchitis und Epididymitis	24
9	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	21
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	21
11	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	17
12	N35	Harnröhrenstriktur	17
13	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	12
14	D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	12
15	N21	Stein in den unteren Harnwegen	9
16	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	8
17	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6
18	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	5
19	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	5
20	C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	5
21	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	4
22	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	4
23	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	4
24	R33	Harnverhaltung	< 4
25	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	< 4
26	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
27	N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	< 4
28	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	< 4
29	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	R35	Polyurie	< 4

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	249
2	3-13d.5	Urographie: Retrograd	210
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	123
4	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschienne [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	120
5	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	112
6	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschienne [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	95
7	5-560.2	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral	57
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	49
9	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	47
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	45
11	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	39
12	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	39
13	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	37
14	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	27
15	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	26
16	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschienne [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	25
17	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	23
18	5-985.x	Lasertechnik: Sonstige	21

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	20
20	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19
21	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	19
22	5-550.20	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Perkutan-transrenal	16
23	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	16
24	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	15
25	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	14
26	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	13
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	13
28	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	11
29	5-579.42	Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Transurethral	11
30	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	10

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	257
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	245
3	3-13d	Urographie	218
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	133

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	126
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	123
7	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	90
8	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	57
9	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	49
10	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	47
11	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	41
12	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	39
13	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	39
14	5-985	Lasertechnik	30
15	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	27
16	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	25
17	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19
18	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	16
19	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	15
20	5-640	Operationen am Präputium	14
21	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	14
22	5-563	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie	11
23	5-622	Orchidektomie	10
24	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	9
25	5-610	Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis	9
26	5-572	Zystostomie	8
27	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
28	5-603	Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	6
29	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	5
30	3-13f	Zystographie	5

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	20
2	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	12
3	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	9
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	6
5	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	6
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
7	8-110.1	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Ureter	< 4
8	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	< 4
9	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
10	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-622.1	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	< 4
12	5-624.4	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	< 4
13	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	< 4
14	5-630.0	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal	< 4
15	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	< 4
16	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	23
2	5-640	Operationen am Präputium	15
3	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	14
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	6
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
6	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
7	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
8	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
9	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
10	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
11	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	< 4
12	5-622	Orchidektomie	< 4

13	5-624	Orchidopexie	< 4

B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2200].11 Personelle Ausstattung

B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	4	Fälle je VK/Person	201

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF04 - Andrologie
2	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		4,14	Fälle je VK/Person	194,2029
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,14

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	804
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

Gesamt		0,61	Fälle je VK/Person	1318,03271
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,61

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	3216
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

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
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP09 - Kontinenzmanagement
3	ZP15 - Stomamanagement

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

B-[3500] Klinik für Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

B-[3500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

B-[3500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3500 - Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

B-[3500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Dr. med. Tobias Nitsche
Telefon	0851 5300 2360
Fax	0851 5300 2990
E-Mail	webmaster@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Dr. med. Koord Smolka
Telefon	0851 5300 2360
Fax	0851 5300 2990
E-Mail	webmaster@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße

Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Dr. med. Matthias Hipp
Telefon	0851 5300 2360
Fax	0851 5300 2990
E-Mail	webmaster@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[3500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
2	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
3	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
4	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
5	VZ11 - Endodontie
6	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
7	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie

#	Medizinische Leistungsangebote
8	VZ02 - Ästhetische Zahnheilkunde
9	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
10	VZ06 - Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
11	VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
12	VZ16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
13	VZ20 - Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
14	VZ17 - Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
15	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
16	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
17	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
18	VD20 - Wundheilungsstörungen
19	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
20	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
21	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
22	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes

B-[3500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	23
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K07.0	Stärkere Anomalien der Kiefergröße	5
2	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
3	J01.0	Akute Sinusitis maxillaris	< 4
4	K02.1	Karies des Dentins	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
5	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
6	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
7	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	< 4
8	K12.23	Wangenabszess	< 4
9	Q75.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	< 4
10	K12.20	Mund- (Boden-) Phlegmone	< 4
11	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	< 4
12	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	< 4

B-[3500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	7
2	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	7
3	J32	Chronische Sinusitis	< 4
4	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	< 4
5	J01	Akute Sinusitis	< 4
6	K02	Zahnkaries	< 4
7	Q75	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	< 4

B-[3500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-895.54	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	4
2	5-779.3	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
3	5-225.4	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer alveoloantralen Fistel	< 4
4	5-221.7	Operationen an der Kieferhöhle: Osteoplastische Operation, transoral	< 4
5	5-770.0	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Inzision (z.B. sagittale Spaltung)	< 4
6	5-231.02	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
8	5-776.4	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am aufsteigenden Mandibulaast	< 4
9	5-231.01	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Quadranten	< 4
10	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	< 4
11	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	< 4
12	5-244.20	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	< 4
13	5-777.30	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück: Ohne Distraction	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	5-895.34	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	< 4
15	5-895.40	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Lippe	< 4
16	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	< 4

B-[3500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	6
2	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	5
3	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	< 4
4	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
5	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	< 4
6	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	< 4
7	5-776	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes	< 4
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
9	5-777	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes	< 4
10	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
11	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	< 4

B-[3500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-231.01	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Quadranten	< 4
2	5-225.4	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer alveoloantralen Fistel	< 4

B-[3500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	< 4
2	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4

B-[3500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3500].11 Personelle Ausstattung

B-[3500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	7,66667

B-[3500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[3500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen

B-[3500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	15,33333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

B-[3500].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-[3500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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

B-[3500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2700] Klinik für Augenheilkunde

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Augenheilkunde

B-[2700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martina Demmler-Hackenberg
Telefon	0851 5300 891051
Fax	0851 5300 91272
E-Mail	webmaster@klinikum-passau.de
Strasse	Innstrasse
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
2	VA15 - Plastische Chirurgie
3	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
4	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
5	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
6	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut

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

Vollstationäre Fallzahl	3
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

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

B-[2700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	< 4
2	5-144.x7	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Sonstige: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	< 4

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

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

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	33

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	33

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

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

B-[2700].11 Personelle Ausstattung

B-[2700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	3

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ04 - Augenheilkunde

B-[2700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF02 - Akupunktur

B-[2700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5

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

Gesamt		1,1	Fälle je VK/Person	2,72727
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,1

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

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

B-[3700_3] Abteilung für Hygiene

B-[3700_3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Abteilung für Hygiene

B-[3700_3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700_3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausthygieniker
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Bernd Kochanowski
Telefon	0851 5300 82605
Fax	0851 5300 3467
E-Mail	bernd.kochanowski@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausthygiene
Titel, Vorname, Name	Martin Andrees
Telefon	0851 5300 82606
Fax	0851 5300 3167
E-Mail	martin.andrees@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032

Ort

Passau

B-[3700_3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3700_3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Ohne modernes Hygienemanagement zum Schutz unserer Patienten, Mitarbeiter und Besucher, kann ein Klinikum nicht funktionieren. Die Klinikhygiene verfolgt das Ziel, die Gesundheit des Menschen zu schützen und zu fördern. Hierbei kommt der Erkennung, Bekämpfung und Verhütung von nosokomialen Infektionen (d. h. im Krankenhaus erworbene Infektionen) eine entscheidende Bedeutung zu. Die Hygiene ist ein zentraler Punkt im Qualitätsmanagement eines Klinikums. Basis unseres erfolgreichen Hygienemanagements sind unsere standardisierten Arbeitsabläufe und Verfahrensanweisungen, die auf den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention medizinischer Einrichtungen Bayerns (MedHygV) und den Empfehlungen des Robert Koch Instituts (RKI) basieren.

Tätigkeitsschwerpunkte:

- Verhüten, Erkennen und Bekämpfen nosokomialer Infektionen inkl. lückenloser Datenerfassung und Datenauswertung
- Erfassung und Überwachung von Qualitätsparametern
- Beratung in hygienischen Fragen für Mitarbeiter, Patienten und deren Angehörige
- Umsetzung der Hygienerichtlinien auf den Stationen und Abteilungen
- Durchführung fachspezifischer Kontrollen (Begehungen, Hygienevisiten, Umgebungsuntersuchungen)
- Organisation und Durchführung innerbetrieblicher Hygieneschulungen
- Ansprechpartner für das Gesundheitsamt
- Vorbereitung und Teilnahme an Sitzungen der Hygienekommission
- Entwicklung, Anpassung und Fortschreibung von Hygienestandards und Arbeitsanweisungen
- Enge Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen bei der Überwachung der Krankenhaushygiene

- Beratung bei Bau- und Beschaffungsmaßnahmen
- Unterricht an der Krankenpflegeschule

B-[3700_3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3700_3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3700_3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3700_3].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3700_3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3700_3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3700_3].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3700_3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3700_3].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3700_3].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3700_3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3700_3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3700_3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700_3].11 Personelle Ausstattung

B-[3700_3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

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

B-[3700_3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ39 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[3700_3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF62 - Krankenhaushygiene

B-[3700_3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

0

**B-[3700_3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –
Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

**B-[3700_3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –
Zusatzqualifikation**

**B-[3700_3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen
Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher - Implantation	
Fallzahl	131
Dokumentationsrate	100,8
Anzahl Datensätze Standort	132
09/2 - Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	
Fallzahl	42
Dokumentationsrate	102,4
Anzahl Datensätze Standort	43
09/3 - Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	15
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
Fallzahl	61
Dokumentationsrate	113,1
Anzahl Datensätze Standort	69
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	
Fallzahl	44
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	44
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	32
Dokumentationsrate	109,4
Anzahl Datensätze Standort	35
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	103
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	102
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	247
Dokumentationsrate	103,2
Anzahl Datensätze Standort	255
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	2306
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	2306
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	128
Dokumentationsrate	100,8
Anzahl Datensätze Standort	129
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	185
Dokumentationsrate	100,5
Anzahl Datensätze Standort	186
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	361
Dokumentationsrate	101,9
Anzahl Datensätze Standort	368
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	426
Dokumentationsrate	99,8
Anzahl Datensätze Standort	425
HEP_IMP - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	396
Dokumentationsrate	100,3
Anzahl Datensätze Standort	397
HEP_WE - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	
Fallzahl	32
Dokumentationsrate	93,8
Anzahl Datensätze Standort	30
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	233
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	233
KEP_IMP - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	221
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	221
KEP_WE - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	
Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	12
NEO - Neonatologie	
Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	332
Dokumentationsrate	103,3
Anzahl Datensätze Standort	343
HCH - Herzchirurgie	
Fallzahl	526
Dokumentationsrate	101
Anzahl Datensätze Standort	531
HCH_AK_CHIR - Herzchirurgie: Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe	
Fallzahl	86
Dokumentationsrate	103,5
Anzahl Datensätze Standort	89
HCH_AK_KATH - Herzchirurgie: Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe	
Fallzahl	133
Dokumentationsrate	98,5
Anzahl Datensätze Standort	131
HCH_KC - Herzchirurgie: Koronarchirurgische Operation	
Fallzahl	263
Dokumentationsrate	102,3
Anzahl Datensätze Standort	269
HCH_MK_CHIR - Herzchirurgie: Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe	
Fallzahl	87
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	87

HCH_MK_KATH - Herzchirurgie: Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe

Fallzahl	18
Dokumentationsrate	77,8
Anzahl Datensätze Standort	14

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	984
Dokumentationsrate	100,6
Anzahl Datensätze Standort	990

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	95,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,27 - 97,55

Fallzahl

Grundgesamtheit	343
Beobachtete Ereignisse	329

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,05

Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	95,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,17 - 97,52

Fallzahl

Grundgesamtheit	338
Beobachtete Ereignisse	324

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

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,65 - 91,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	168
Beobachtete Ereignisse	147
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
5. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	86,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,80 - 90,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	131
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist	
Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	96,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,85 - 98,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	230
Beobachtete Ereignisse	223
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
7. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren	
Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	99,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,50 - 99,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	223
Beobachtete Ereignisse	222
8. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	16,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,69 - 22,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	243
Beobachtete Ereignisse	41

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

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

Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	97,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,17 - 98,60

Fallzahl

Grundgesamtheit	243
Beobachtete Ereignisse	236

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

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	97,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,13 - 98,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	241
Beobachtete Ereignisse	234

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

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
12. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei.

	bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	87,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,00 - 91,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	178
Beobachtete Ereignisse	156

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

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	85,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,96 - 91,23
Fallzahl	

Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	91

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

Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	96,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,06 - 98,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	160
Beobachtete Ereignisse	154

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

Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	99,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,41 - 99,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	154
Beobachtete Ereignisse	153

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

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 0,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	252
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	23,34

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

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	16,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,79 - 20,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	343
Beobachtete Ereignisse	56

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

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	97,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,03 - 98,56

Fallzahl

Grundgesamtheit	237
Beobachtete Ereignisse	230

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

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 1,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	79
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	10,40

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	97,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,37 - 98,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	336
Beobachtete Ereignisse	328
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
21. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	50778

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 1,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	7

Erwartete Ereignisse	12,94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-

	bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 0,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27366
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	114,83
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis

	ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 0,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	27366
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

	Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0,03

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	27366
Beobachtete Ereignisse	9

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 0,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	27366
Beobachtete Ereignisse	52

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

Ergebnis-ID	10211

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-

	RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

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

	vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 6,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

32. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

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

	ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Rechnerisches Ergebnis	40,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	16,82 - 68,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

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

	ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Rechnerisches Ergebnis	80,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,97 - 90,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

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

	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
38. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 3,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
39. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,66

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

40. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	97,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,48 - 99,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	285
Beobachtete Ereignisse	279
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Rechnerisches Ergebnis	83,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,37 - 92,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	26
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG	üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	11,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,04 - 19,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

43. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	85,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,76 - 89,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	321
Beobachtete Ereignisse	276
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,89 - 2,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	377
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	15,55

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	233
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,52
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

47. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

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

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Rechnerisches Ergebnis	5,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,52 - 11,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

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

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

51. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-

bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,45 - 2,55

Fallzahl

Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,51

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

53. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

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

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	9,83
Vertrauensbereich bundesweit	9,60 - 10,06
Rechnerisches Ergebnis	6,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,71 - 12,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	9

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,89 - 1,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	16,85
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
55. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 1,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	9,24

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
56. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAC - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,07

Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 1,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

57. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,35
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,48
Rechnerisches Ergebnis	95,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,62 - 98,01

Fallzahl

Grundgesamtheit	108

Beobachtete Ereignisse	103

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

58. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (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	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,30
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

59. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	52321
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Ag-gregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie 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 Standortebebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auf-fälligkeiten 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	98,81
Vertrauensbereich bundesweit	98,72 - 98,90
Rechnerisches Ergebnis	97,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,99 - 99,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	229
Beobachtete Ereignisse	224
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

60. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

Fachlicher Hinweis IQTIG	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	0,72
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,76
Rechnerisches Ergebnis	1,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,05 - 2,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	6,04
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
61. 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
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,01
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	unverändert
62. 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
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	50,74
Vertrauensbereich bundesweit	50,03 - 51,46
Rechnerisches Ergebnis	35,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	24,17 - 47,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	21

63. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 3,08

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,20
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Ergebnis-ID	50005
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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei 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, Zeppenfeld et al. 2022). 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. Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eu-ropean Heart Journal43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,72
Vertrauensbereich bundesweit	97,50 - 97,92
Rechnerisches Ergebnis	95,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,98 - 98,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	66

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

Fachlicher Hinweis IQTIG	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,45
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
67. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird	
Ergebnis-ID	52131
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

Fachlicher Hinweis IQTIG	üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. 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-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; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,53 - 92,16
Rechnerisches Ergebnis	93,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,75 - 96,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	97
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
68. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	

Ergebnis-ID	52316
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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer 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 Standortebe- steht 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; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Kranken- hausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,02 - 96,31
Rechnerisches Ergebnis	98,37

Vertrauensbereich Krankenhaus	95,89 - 99,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	246
Beobachtete Ereignisse	242

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

69. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

70. 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	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,62
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,89

Fallzahl

Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 3,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,13 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

72. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis

	ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,54
Vertrauensbereich bundesweit	0,38 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

73. 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

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

74. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	52307
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-

Fachlicher Hinweis IQTIG	bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	98,43
Vertrauensbereich bundesweit	98,34 - 98,53
Rechnerisches Ergebnis	97,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,21 - 98,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	147
Beobachtete Ereignisse	143
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
75. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	1,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,12 - 2,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	8,26

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

76. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde,

ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	101802
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	50,73
Vertrauensbereich bundesweit	50,37 - 51,10
Rechnerisches Ergebnis	30,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	22,83 - 38,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	38

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

Ergebnis-ID	101803
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

Fachlicher Hinweis IQTIG

des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,39
Rechnerisches Ergebnis	94,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,46 - 97,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	125

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 1,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	2,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 9,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG	entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,99
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
82. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)	
Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an 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

Einheit	%
Bundesergebnis	88,55
Vertrauensbereich bundesweit	88,34 - 88,76
Rechnerisches Ergebnis	86,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,40 - 90,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	175
Beobachtete Ereignisse	151

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 60,00 %

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

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

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt:

	Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 - 95,20
Rechnerisches Ergebnis	97,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,31 - 98,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	468
Beobachtete Ereignisse	455

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

84. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,20 - 1,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

85. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Ergebnis-ID	54140
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen

	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/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
Einheit	%
Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 - 99,65
Rechnerisches Ergebnis	99,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,83 - 99,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	131

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische

Fachlicher Hinweis IQTIG	Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,29
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	1,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 7,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
88. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,59 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
89. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 2,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)

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

90. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,05

Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,30

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

91. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,50
Vertrauensbereich bundesweit	2,34 - 5,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
92. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,95
Vertrauensbereich bundesweit	97,39 - 98,39
Rechnerisches Ergebnis	93,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,67 - 98,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

93. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,34
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,60
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,82
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0

95. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	2,72 - 6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
96. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind	
Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

Fachlicher Hinweis IQTIG	und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 - 3,53
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0

97. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

	dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	4,61
Vertrauensbereich bundesweit	3,82 - 5,55
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

98. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 6,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

99. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	1,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 4,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,81 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
100. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt	
Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG	guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	5,07
Vertrauensbereich bundesweit	2,48 - 10,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
101. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG	guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 - 99,38
Rechnerisches Ergebnis	96,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,11 - 99,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

102. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 - 99,79
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,13 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
103. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	0
104. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war	
Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,53
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

105. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Ergebnis-ID	382000
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%

Bundesergebnis	0,70
Vertrauensbereich bundesweit	0,53 - 0,94
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,16 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

106. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	382005
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	382006
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der

	Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	1,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 5,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

unverändert

108. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Ergebnis-ID	372000
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,60
Vertrauensbereich bundesweit	1,45 - 1,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

109. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Ergebnis-ID **372001**

Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	131
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

110. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	372005
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,88
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 2,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	372006
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	2,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,92 - 4,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	131
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,00

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

112. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

Ergebnis-ID	352000
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im

	Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,62
Vertrauensbereich bundesweit	95,35 - 95,87
Rechnerisches Ergebnis	96,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,73 - 97,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	230
Beobachtete Ereignisse	221
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
113. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind	
Ergebnis-ID	352006
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 1,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	352007
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	230
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	7,93
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,33 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

115. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

Ergebnis-ID	362002
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	81,44
Vertrauensbereich bundesweit	80,41 - 82,42
Rechnerisches Ergebnis	94,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,11 - 98,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	37

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 68,57 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

116. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im

Krankenhaus verstorben sind	
Ergebnis-ID	362018
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	6,10
Vertrauensbereich bundesweit	5,49 - 6,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	362019
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
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

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

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 2,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

118. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Ergebnis-ID	402002
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb

Fachlicher Hinweis IQTIG	des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,20
Vertrauensbereich bundesweit	11,34 - 13,12
Rechnerisches Ergebnis	22,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,75 - 35,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	11

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 23,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

119. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde

Ergebnis-ID	402006
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier

	betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	97,18
Vertrauensbereich bundesweit	96,70 - 97,60
Rechnerisches Ergebnis	86,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,81 - 93,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	43

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 89,14 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

120. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	402010
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	3,12
Vertrauensbereich bundesweit	2,67 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	402011
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	2,78

Vertrauensbereich Krankenhaus	1,30 - 5,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,16

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

122. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Ergebnis-ID	392002
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,12
Vertrauensbereich bundesweit	3,69 - 4,59
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 10,12 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

123. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde

Ergebnis-ID	392006
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,99
Vertrauensbereich bundesweit	93,42 - 94,51
Rechnerisches Ergebnis	92,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,53 - 98,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	13

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 83,33 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
124. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind	
Ergebnis-ID	392010
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,62
Vertrauensbereich bundesweit	2,28 - 3,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

125. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	392011
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
126. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
127. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	98,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,88 - 99,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	168
Beobachtete Ereignisse	165
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
128. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG	werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	96,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,02 - 98,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	50
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
129. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,61 - 98,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	10,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,45 - 19,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	223
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	0,87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,19 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

131. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	220
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

132. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen

Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	220
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
133. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen	

Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
135. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig	
Ergebnis-ID	54128

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,91 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	200
Beobachtete Ereignisse	200
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
136. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen	
Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,42 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,09 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	128
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,82 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

137. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG	üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,04
Vertrauensbereich bundesweit	94,52 - 95,52
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,18 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
138. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)	
Ergebnis-ID	212001
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	85,86
Vertrauensbereich bundesweit	85,40 - 86,30
Rechnerisches Ergebnis	92,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,73 - 96,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	58
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

139. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier

Fachlicher Hinweis IQTIG

betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im
Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:
<https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,13
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

140. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,35
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,87
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
141. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,92
Vertrauensbereich bundesweit	1,80 - 2,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,69 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
142. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt	
Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,21
Vertrauensbereich bundesweit	98,11 - 98,30
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,17 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	132
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
143. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)	
Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG	guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,99
Vertrauensbereich bundesweit	96,79 - 97,18
Rechnerisches Ergebnis	94,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,07 - 97,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	75
Beobachtete Ereignisse	71
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
144. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)	
Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	95,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,00 - 97,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	120

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %

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

145. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die

	Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,39
Vertrauensbereich bundesweit	99,26 - 99,50
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,55 - 96,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

146. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Ergebnis-ID	60659
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

	https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	10,66
Vertrauensbereich bundesweit	10,41 - 10,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	56000
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 - 64,45
Rechnerisches Ergebnis	31,71

Vertrauensbereich Krankenhaus	26,53 - 37,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	287
Beobachtete Ereignisse	91

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

148. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID	56001
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich bundesweit	27,71 - 28,11
Rechnerisches Ergebnis	39,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,06 - 45,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	269
Beobachtete Ereignisse	107

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

149. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
Rechnerisches Ergebnis	86,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,93 - 93,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	44

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

150. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der

Herzkranzgefäße erhielten	
Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Rechnerisches Ergebnis	21,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,91 - 32,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

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

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	1,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,71 - 2,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	863
Beobachtete Ereignisse	207
Erwartete Ereignisse	105,37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

152. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56006
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	2,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,17 - 3,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	4,99

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

153. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91

Rechnerisches Ergebnis	1,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,51 - 2,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	444
Beobachtete Ereignisse	143
Erwartete Ereignisse	80,37

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

154. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1328
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

155. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	56009
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Rechnerisches Ergebnis	10,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,63 - 12,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	863
Beobachtete Ereignisse	91

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

156. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	56010
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	17,16
Vertrauensbereich bundesweit	16,68 - 17,65
Rechnerisches Ergebnis	61,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	40,71 - 80,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

157. Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	56011
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Rechnerisches Ergebnis	17,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,83 - 20,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	444
Beobachtete Ereignisse	76
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

158. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 - 94,52
Rechnerisches Ergebnis	93,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,75 - 96,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	93
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

159. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Ergebnis-ID	56016
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter

	folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich bundesweit	95,23 - 95,39
Rechnerisches Ergebnis	94,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,15 - 96,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	365
Beobachtete Ereignisse	346

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

160. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

	https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,32
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

161. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 3,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

162. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181801_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 4,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
163. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 9,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
164. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,94
Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	13,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,05 - 17,10
Fallzahl	
Grundgesamtheit	500
Beobachtete Ereignisse	69
165. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182001_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

	dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	45,90
Vertrauensbereich bundesweit	45,59 - 46,21
Rechnerisches Ergebnis	37,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	33,09 - 42,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	409
Beobachtete Ereignisse	154

166. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,88
Vertrauensbereich bundesweit	3,79 - 3,97
Rechnerisches Ergebnis	3,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,02 - 5,10
Fallzahl	
Grundgesamtheit	527
Beobachtete Ereignisse	17

167. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182003_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	21,45
Vertrauensbereich bundesweit	21,13 - 21,78
Rechnerisches Ergebnis	20,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	16,39 - 26,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	269
Beobachtete Ereignisse	56

168. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	71,72
Vertrauensbereich bundesweit	71,44 - 71,99
Rechnerisches Ergebnis	71,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	65,35 - 76,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	263
Beobachtete Ereignisse	187

169. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	93,01
Vertrauensbereich bundesweit	92,64 - 93,36

Rechnerisches Ergebnis	98,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,92 - 99,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	75

170. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	86,60
Vertrauensbereich bundesweit	85,95 - 87,21
Rechnerisches Ergebnis	85,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,93 - 92,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	34

171. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,06 - 76,11
Rechnerisches Ergebnis	73,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,29 - 80,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	84

172. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

173. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	44,42
Vertrauensbereich bundesweit	43,91 - 44,93
Rechnerisches Ergebnis	44,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	36,78 - 52,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	158
Beobachtete Ereignisse	70

174. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182010

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

175. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,95
Vertrauensbereich bundesweit	2,83 - 3,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

176. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	9,20

Vertrauensbereich bundesweit	9,08 - 9,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

177. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.
Einheit	%

Bundesergebnis	96,85
Vertrauensbereich bundesweit	96,61 - 97,07
Rechnerisches Ergebnis	99,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,57 - 99,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	123

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

178. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23

Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	2031
Beobachtete Ereignisse	0

179. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der

	Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,80
Vertrauensbereich bundesweit	96,35 - 97,21
Rechnerisches Ergebnis	97,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,94 - 99,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	42

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

180. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEHB - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,01
Vertrauensbereich bundesweit	98,97 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	99,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,77 - 99,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	711
Beobachtete Ereignisse	708
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

181. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch

Fachlicher Hinweis IQTIG

meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	2031
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,53

182. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die

	Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 0,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	2070
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	13,98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

183. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEHB - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2070
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,58
184. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEHB - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)	

Fachlicher Hinweis IQTIG

und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
185. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und

	die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 1,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	2061
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,15

186. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	2061
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,21

187. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	177
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,31
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,40 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
188. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,98 - 1,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2295
Beobachtete Ereignisse	710
Erwartete Ereignisse	680,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (90. Perzentil)

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

189. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	222000_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

190. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	222001_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

191. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	222002_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,45
Vertrauensbereich bundesweit	1,33 - 1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

192. Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)

Ergebnis-ID	222200

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

193. Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert

Ergebnis-ID	222201
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,30

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
194. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	50050
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
195. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	

Ergebnis-ID	50052
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

196. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50053
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

197. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50060
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 261,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 2,92 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

198. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Bundesergebnis
Vertrauensbereich bundesweit
Vertrauensbereich Krankenhaus

1,02
0,96 - 1,09
-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

<= 2,68 (95. Perzentil)
N01
eingeschränkt/nicht vergleichbar

199. Ein Hörtest wurde durchgeführt

Ergebnis-ID
Leistungsbereich
Art des Wertes
Bezug zum Verfahren

50063
PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
QI
DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit
Bundesergebnis
Vertrauensbereich bundesweit
Vertrauensbereich Krankenhaus

%
98,18
98,08 - 98,26
-

Fallzahl

Grundgesamtheit
Beobachtete Ereignisse
Erwartete Ereignisse

Datenschutz
Datenschutz
Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

200. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50069
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen

	zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

201. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50074
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter

	folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,13 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

202. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

203. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51076
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,97
Vertrauensbereich bundesweit	2,64 - 3,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

204. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51078
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,57
Vertrauensbereich bundesweit	4,00 - 5,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

205. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51079

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,39 - 7,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

206. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51136_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

207. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51141_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.

	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

208. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51146_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das

	Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

209. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51156_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,23

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
210. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51161_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

211. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51832
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,67
Vertrauensbereich bundesweit	3,30 - 4,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

212. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51837
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

Fachlicher Hinweis IQTIG

dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

213. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51838
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.

	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 2,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

214. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51843
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen

	zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

215. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den

	Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,79 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

216. Wachstum des Kopfes

Ergebnis-ID	52262
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,79
Vertrauensbereich bundesweit	9,28 - 10,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 19,49 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

☒ Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	Schlaganfall ([Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

#	DMP
1	Asthma bronchiale <i>Die Qualitätssicherung umfaßt folgende Aspekte: - Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, einschließlich der Therapieempfehlungen - Sicherstellung der erforderlichen Strukturqualität, insbesondere der erforderlichen Qualifikation der Mitarbeiter - Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation</i>

Brustkrebs

- 2 Neben der Beteiligung an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Bereich Mammachirurgie werden folgende interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt: - wöchentliche Mammakonferenz zur interdisziplinären Fallbesprechung - Tumordokumentation mit anschließender Auswertung der Qualitätsindikatoren der Deutschen Gesellschaft für Senologie - regelmäßige Fortbildungen in allen beteiligten Fachbereichen - Beteiligung a...

#	DMP
3	Diabetes mellitus Typ 2 <i>Die Strukturqualität zur Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 stellen wir wie folgt sicher: - Schulungsarzt für die Durchführung der Patientenschulungen - Diabetologisch qualifizierte Mitarbeiter mit kontinuierlichen fachspezifischen Fortbildungen - bei entsprechender Indikation werden weitere Leistungserbringer hinzugezogen - Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, einschließlich einer qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie - Vollst&au...</i>
4	Koronare Herzkrankheit (KHK) <i>Wir beteiligen uns an den Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V sowie an den externen Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135 a Absatz 2 SGB V mit Teilnahme an der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Ziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität. Insbesondere folgende Maßnahmen sind einer Sicherung der Qualität dienlich: - Quali...</i>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Leistungen der externen Qualitätssicherung finden am Klinikum Passau statt.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

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

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Erbrachte Menge	37
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	170
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	9
Begründung	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr

	jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	23

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	170
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	186
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	23
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	19
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	171
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	215
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	18
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	19
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht < 1250g	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	37
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	38
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	9
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	6

Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma <i>Externe QS "Bauchaortenaneurysma" durch DGG erfolgreich absolviert. Zertifiziertes Gefäßzentrum der DGG und DRG.</i>
2	CQ03: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde <i>Die Nuklearmedizin am Klinikum Passau erfüllt die im Beschluss der GBA genannten Grundsätze zur Qualitätssicherung der PET. Das bei der Untersuchung eingesetzte Radiopharmakon F-18-FDG hat die entsprechende arzneimittelrechtliche Zulassung. Der Leiter der Abteilung hat das PET-Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin</i>
3	CQ05: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 <i>Gründung des Perinatalzentrum Ostbayern als Verbund zwischen der Frauenklinik am Klinikum Passau, der Kinderklinik Dritter Orden Passau und dem Klinikum Deggendorf Ende 2010 mit Erfüllung der Anforderungen für ein Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level I) Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org</i>
4	CQ25: Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser <i>Die beteiligten Fachabteilungen Kardiologie, Herzchirurgie sowie Anästhesie erfüllen vollumfänglich die im GBA-Beschluss geforderten strukturellen und personellen Voraussetzungen. Strukturprüfung durch MDK Bayern erfolgreich absolviert.</i>

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	186

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	117
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	117

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Unfallchirurgie - Station 06 - Tagschicht	100 %
2	Unfallchirurgie - Station 06 - Nachtschicht	100 %
3	Neurologie - Station 11 - Tagschicht	100 %
4	Neurologie - Station 11 - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin - Station 12 - Tagschicht	100 %
6	Innere Medizin - Station 12 - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin - Station 13 - Tagschicht	100 %
8	Innere Medizin - Station 13 - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie - Station 14 - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie - Station 14 - Nachtschicht	100 %
11	Herzchirurgie - Station 15 - Tagschicht	50 %
12	Herzchirurgie - Station 15 - Nachtschicht	33,33 %
13	Innere Medizin - Station 16 - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin - Station 16 - Nachtschicht	100 %
15	Intensivmedizin - Station 24 - Tagschicht	100 %
16	Intensivmedizin - Station 24 - Nachtschicht	100 %
17	Intensivmedizin - Station 24A - Tagschicht	100 %
18	Intensivmedizin - Station 24A - Nachtschicht	75 %
19	Innere Medizin - Station 32 - Tagschicht	100 %
20	Innere Medizin - Station 32 - Nachtschicht	100 %
21	Innere Medizin - Station 33 - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin - Station 33 - Nachtschicht	41,67 %
23	Innere Medizin - Station 33A - Tagschicht	100 %
24	Innere Medizin - Station 33A - Nachtschicht	100 %
25	Allgemeine Chirurgie - Station 34 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
26	Allgemeine Chirurgie - Station 34 - Nachtschicht	91,67 %
27	Kardiologie - Station 35 - Tagschicht	100 %
28	Kardiologie - Station 35 - Nachtschicht	100 %
29	Unfallchirurgie - Station 36 - Tagschicht	100 %
30	Unfallchirurgie - Station 36 - Nachtschicht	100 %
31	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station 43 STR - Tagschicht	100 %
32	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station 43 STR - Nachtschicht	66,67 %
33	Kardiologie - Station 45 - Tagschicht	100 %
34	Kardiologie - Station 45 - Nachtschicht	100 %
35	Unfallchirurgie - Station 46 - Tagschicht	100 %
36	Unfallchirurgie - Station 46 - Nachtschicht	100 %
37	Intensivmedizin - Station 55 - Tagschicht	100 %
38	Intensivmedizin - Station 55 - Nachtschicht	100 %
39	Kardiologie - Station 55A - Tagschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
40	Kardiologie - Station 55A - Nachtschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
41	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station 75K - Tagschicht	100 %
42	Allgemeine Chirurgie - Station 75K - Nachtschicht	100 %
43	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Tagschicht	100 %
44	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Nachtschicht	100 %
45	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Tagschicht	100 %
46	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Nachtschicht	100 %
47	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Tagschicht	100 %
48	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Unfallchirurgie - Station 06 - Tagschicht	99,44 %
2	Unfallchirurgie - Station 06 - Nachtschicht	95,21 %
3	Neurologie - Station 11 - Tagschicht	99,45 %
4	Neurologie - Station 11 - Nachtschicht	87,67 %
5	Innere Medizin - Station 12 - Tagschicht	96,99 %
6	Innere Medizin - Station 12 - Nachtschicht	99,18 %
7	Innere Medizin - Station 13 - Tagschicht	99,18 %
8	Innere Medizin - Station 13 - Nachtschicht	98,36 %
9	Allgemeine Chirurgie - Station 14 - Tagschicht	97,53 %
10	Allgemeine Chirurgie - Station 14 - Nachtschicht	92,33 %
11	Herzchirurgie - Station 15 - Tagschicht	48,22 %
12	Herzchirurgie - Station 15 - Nachtschicht	44,38 %
13	Innere Medizin - Station 16 - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin - Station 16 - Nachtschicht	99,73 %
15	Intensivmedizin - Station 24 - Tagschicht	99,18 %
16	Intensivmedizin - Station 24 - Nachtschicht	82,74 %
17	Intensivmedizin - Station 24A - Tagschicht	99,45 %
18	Intensivmedizin - Station 24A - Nachtschicht	68,49 %
19	Innere Medizin - Station 32 - Tagschicht	99,45 %
20	Innere Medizin - Station 32 - Nachtschicht	99,73 %
21	Innere Medizin - Station 33 - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin - Station 33 - Nachtschicht	46,85 %
23	Innere Medizin - Station 33A - Tagschicht	100 %
24	Innere Medizin - Station 33A - Nachtschicht	100 %
25	Allgemeine Chirurgie - Station 34 - Tagschicht	93,7 %
26	Allgemeine Chirurgie - Station 34 - Nachtschicht	75,34 %
27	Kardiologie - Station 35 - Tagschicht	100 %
28	Kardiologie - Station 35 - Nachtschicht	97,53 %
29	Unfallchirurgie - Station 36 - Tagschicht	93,15 %
30	Unfallchirurgie - Station 36 - Nachtschicht	73,7 %
31	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station 43 STR - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
32	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station 43 STR - Nachtschicht	100 %
33	Kardiologie - Station 45 - Tagschicht	84,79 %
34	Kardiologie - Station 45 - Nachtschicht	91,55 %
35	Unfallchirurgie - Station 46 - Tagschicht	96,71 %
36	Unfallchirurgie - Station 46 - Nachtschicht	92,33 %
37	Intensivmedizin - Station 55 - Tagschicht	97,81 %
38	Intensivmedizin - Station 55 - Nachtschicht	87,95 %
39	Kardiologie - Station 55A - Tagschicht	0 % <i>Station geschlossen</i>
40	Kardiologie - Station 55A - Nachtschicht	0 % <i>Station geschlossen</i>
41	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station 75K - Tagschicht	99,73 %
42	Allgemeine Chirurgie - Station 75K - Nachtschicht	99,45 %
43	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Tagschicht	100 %
44	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Nachtschicht	99,18 %
45	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Tagschicht	94,46 %
46	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Nachtschicht	89,69 %
47	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Tagschicht	85,75 %
48	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Nachtschicht	98,36 %

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

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die

psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.

- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein