



INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	36
	Einleitung	36
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	37
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	37
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	38
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	38
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	38
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	43
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	44
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	46
A-9	Anzahl der Betten	47
A-10	Gesamtfallzahlen	47
A-11	Personal des Krankenhauses	47
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	51
A-13	Besondere apparative Ausstattung	63
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	64
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	66
B-[0100]	I. Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Nephrologie, Geriatric, Stoffwechselerkrankungen, Ernährungsmedizin und Infektionskrankheiten	67
B- [0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B- [0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	67
B- [0100].1.2	Ärztliche Leitung	67
B- [0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68

B- [0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	68
B- [0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	71
B- [0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	71
B- [0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	72
B- [0100].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	73
B- [0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	74
B- [0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	76
B- [0100].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	77
B- [0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	77
B- [0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	77
B- [0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	78
B- [0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	78
B- [0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	80
B- [0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	81
B- [0100].11	Personelle Ausstattung	.....	81
B- [0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	81
B- [0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	82
B- [0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	82
B- [0100].11.2	Pflegepersonal	.....	82

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte [0100].11.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	84
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – [0100].11.2 Zusatzqualifikation	.....	84
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [0100].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	84
B-[0500]	II. Medizinische Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin	.....	85
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		85
[0500].1			
B-	Fachabteilungsschlüssel		85
[0500].1.1			
B-	Ärztliche Leitung		85
[0500].1.2			
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen		85
[0500].2			
B-	Medizinische Leistungsangebote der [0500].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	86
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		87
[0500].5			
B-	Hauptdiagnosen nach ICD		87
[0500].6			
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig		88
[0500].6.1			
B-	Kompetenzdiagnosen		90
[0500].6.2			
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		90
[0500].7			
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		91
[0500].7.1			
B-	Kompetenzprozeduren		93
[0500].7.2			
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		93
[0500].8			
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		93
[0500].8.1			
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)		94
[0500].8.2			

B- [0500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	94
B- [0500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	94
B- [0500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B- [0500].11	Personelle Ausstattung	94
B- [0500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	94
B- [0500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	95
B- [0500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	95
B- [0500].11.2	Pflegepersonal	95
B- [0500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	97
B- [0500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	97
B- [0500].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	97
B-[0300]	III. Medizinische Klinik für Kardiologie und Pneumologie	98
B- [0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	98
B- [0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	98
B- [0300].1.2	Ärztliche Leitung	98
B- [0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	98
B- [0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	99
B- [0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	99
B- [0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	100
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	101

[0300].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	102
[0300].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	102
[0300].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	104
[0300].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	106
[0300].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	106
[0300].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	106
[0300].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	107
[0300].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	107
[0300].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	108
[0300].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	108
[0300].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	109
[0300].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	109
[0300].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	109
[0300].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	109
[0300].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	110
[0300].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	111
[0300].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	111
[0300].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	112
[0300].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-	Zentrale Notaufnahme	113

[3700_1]	
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	113
[3700_1].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	113
[3700_1].1.1	
B- Ärztliche Leitung	113
[3700_1].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	113
[3700_1].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der	114
[3700_1].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	115
[3700_1].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD	115
[3700_1].6	
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	117
[3700_1].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	118
[3700_1].6.2	
B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS	118
[3700_1].7	
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	120
[3700_1].7.1	
B- Kompetenzprozeduren	121
[3700_1].7.2	
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	121
[3700_1].8	
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	121
[3700_1].8.1	
B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	122
[3700_1].8.2	
B- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	122
[3700_1].9	
B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	124
[3700_1].9.1	
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	125
[3700_1].10 Berufsgenossenschaft	
B- Personelle Ausstattung	125

[3700_1].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	125
[3700_1].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	125
[3700_1].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	126
[3700_1].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	126
[3700_1].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	127
[3700_1].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	127
[3700_1].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	128
[3700_1].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1500]	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Gefäß- und	129
	Kinderchirurgie	
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	129
[1500].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	129
[1500].1.1		
B-	Ärztliche Leitung	129
[1500].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	129
[1500].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	130
[1500].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	131
[1500].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	131
[1500].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	133
[1500].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	134
[1500].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	134
[1500].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	136

[1500].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	137
[1500].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	137
[1500].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	138
[1500].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	140
[1500].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	140
[1500].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	142
[1500].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	143
[1500].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	143
[1500].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	143
[1500].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	144
[1500].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	144
[1500].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	144
[1500].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	145
[1500].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	146
[1500].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	146
[1500].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1600]	Klinik für Unfall-, Hand-, Wiederherstellungs-, Neuro- und	147
	Wirbelsäulenchirurgie	
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	147
[1600].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	147
[1600].1.1		
B-	Ärztliche Leitung	147

[1600].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	147
[1600].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	148
[1600].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	152
[1600].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	152
[1600].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	154
[1600].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	155
[1600].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	155
[1600].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	157
[1600].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	158
[1600].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	158
[1600].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	159
[1600].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	161
[1600].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	161
[1600].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	163
[1600].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	165
[1600].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	165
[1600].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	165
[1600].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	165
[1600].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	166

[1600].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	166
[1600].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	167
[1600].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	168
[1600].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	168
[1600].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2300]	Klinik für Orthopädie	169
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	169
[2300].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	169
[2300].1.1		
B-	Ärztliche Leitung	169
[2300].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	169
[2300].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	170
[2300].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	173
[2300].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	173
[2300].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	175
[2300].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	176
[2300].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	176
[2300].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	178
[2300].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	179
[2300].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	180
[2300].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	180
[2300].8.1		

B- [2300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	181
B- [2300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	181
B- [2300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	183
B- [2300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	184
B- [2300].11	Personelle Ausstattung	184
B- [2300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	184
B- [2300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	185
B- [2300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	185
B- [2300].11.2	Pflegepersonal	185
B- [2300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	186
B- [2300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	187
B- [2300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	187
B-[2100]	Klinik für Herzchirurgie	188
B- [2100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	188
B- [2100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	188
B- [2100].1.2	Ärztliche Leitung	188
B- [2100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	188
B- [2100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	189
B- [2100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	190

B- [2100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	190
B- [2100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	191
B- [2100].6.2	Kompetenzdiagnosen	193
B- [2100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	193
B- [2100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	195
B- [2100].7.2	Kompetenzprozeduren	196
B- [2100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	196
B- [2100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	197
B- [2100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	197
B- [2100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	197
B- [2100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	198
B- [2100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	199
B- [2100].11	Personelle Ausstattung	199
B- [2100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	199
B- [2100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	199
B- [2100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	200
B- [2100].11.2	Pflegepersonal	200
B- [2100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	201
B- [2100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	201

B- [2100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	201
B-[2400]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	.....	202
B- [2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	202
B- [2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	202
B- [2400].1.2	Ärztliche Leitung	.....	202
B- [2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	202
B- [2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	203
B- [2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	204
B- [2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	204
B- [2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	205
B- [2400].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	207
B- [2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	208
B- [2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	209
B- [2400].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	211
B- [2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	211
B- [2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	211
B- [2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	212
B- [2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	212
B- [2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	214
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	.....	216

[2400].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	216
[2400].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	216
[2400].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	216
[2400].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	217
[2400].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	217
[2400].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	218
[2400].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	218
[2400].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	218
[2400].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3600]	Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin	219
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	219
[3600].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	219
[3600].1.1		
B-	Ärztliche Leitung	219
[3600].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	219
[3600].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	220
[3600].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	220
[3600].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	220
[3600].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	221
[3600].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	223
[3600].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	223
[3600].7		

B- [3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	225
B- [3600].7.2	Kompetenzprozeduren	226
B- [3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	226
B- [3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	227
B- [3600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	227
B- [3600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	227
B- [3600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	227
B- [3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	227
B- [3600].11	Personelle Ausstattung	227
B- [3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	227
B- [3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	228
B- [3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	228
B- [3600].11.2	Pflegepersonal	228
B- [3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	229
B- [3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	230
B- [3600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	230
B-[3753]	Teilstationäre Schmerztherapie	231
B- [3753].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	231
B- [3753].1.1	Fachabteilungsschlüssel	231

B- [3753].1.2	Ärztliche Leitung	231
B- [3753].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	231
B- [3753].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	232
B- [3753].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	232
B- [3753].6	Hauptdiagnosen nach ICD	232
B- [3753].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	232
B- [3753].6.2	Kompetenzdiagnosen	232
B- [3753].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	233
B- [3753].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	234
B- [3753].7.2	Kompetenzprozeduren	234
B- [3753].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	234
B- [3753].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	234
B- [3753].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	234
B- [3753].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	234
B- [3753].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	234
B- [3753].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	235
B- [3753].11	Personelle Ausstattung	235
B- [3753].11.1	Ärzte und Ärztinnen	235
B- [3753].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	235

B- Zusatzweiterbildung	235
[3753].11.1.2	
B- Pflegepersonal	236
[3753].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	236
[3753].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	236
[3753].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	236
[3753].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2800] Klinik für Neurologie mit zertifizierter (DSG),	237
überregionaler Stroke Unit (Akutschlaganfallbehandlung)	
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	237
[2800].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	237
[2800].1.1	
B- Ärztliche Leitung	237
[2800].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	238
[2800].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der	238
[2800].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	239
[2800].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD	239
[2800].6	
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	241
[2800].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	242
[2800].6.2	
B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS	242
[2800].7	
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	244
[2800].7.1	
B- Kompetenzprozeduren	246
[2800].7.2	
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	246
[2800].8	

B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	246
[2800].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	247
[2800].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	247
[2800].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	247
[2800].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	248
[2800].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	248
[2800].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	248
[2800].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	248
[2800].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	248
[2800].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	249
[2800].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	250
[2800].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	250
[2800].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	250
[2800].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3751]	Institut für diagnostische und interventionelle	251
	Radiologie/Neuroradiologie	
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	251
[3751].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	251
[3751].1.1		
B-	Ärztliche Leitung	251
[3751].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	251
[3751].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	252
[3751].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	

B- [3751].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	254
B- [3751].6	Hauptdiagnosen nach ICD	254
B- [3751].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	254
B- [3751].6.2	Kompetenzdiagnosen	254
B- [3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	255
B- [3751].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	256
B- [3751].7.2	Kompetenzprozeduren	257
B- [3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	258
B- [3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	258
B- [3751].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	259
B- [3751].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	260
B- [3751].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	260
B- [3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	261
B- [3751].11	Personelle Ausstattung	261
B- [3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	261
B- [3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	261
B- [3751].11.1.2	Zusatzweiterbildung	262
B- [3751].11.2	Pflegepersonal	262
B- [3751].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	262

B- [3751].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	262
B- [3751].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	262
B- [3700_2]	Institut für Labor- und Transfusionsmedizin		263
B- [3700_2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		263
B- [3700_2].1.1	Fachabteilungsschlüssel		263
B- [3700_2].1.2	Ärztliche Leitung		263
B- [3700_2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen		263
B- [3700_2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	264
B- [3700_2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		264
B- [3700_2].6	Hauptdiagnosen nach ICD		264
B- [3700_2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		264
B- [3700_2].6.2	Kompetenzdiagnosen		264
B- [3700_2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		265
B- [3700_2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		267
B- [3700_2].7.2	Kompetenzprozeduren		268
B- [3700_2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		268
B- [3700_2].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		268
B- [3700_2].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)		268
B- [3700_2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V		268

B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	268
[3700_2].9.1	
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	268
[3700_2].1Berufsgenossenschaft	
B- Personelle Ausstattung	268
[3700_2].11	
B- Ärzte und Ärztinnen	268
[3700_2].11.1	
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	269
[3700_2].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	269
[3700_2].11.1.2	
B- Pflegepersonal	269
[3700_2].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	269
[3700_2].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	269
[3700_2].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	269
[3700_2].11.2.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3200] Klinik für Nuklearmedizin	270
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	270
[3200].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	270
[3200].1.1	
B- Ärztliche Leitung	270
[3200].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	271
[3200].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der	271
[3200].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	272
[3200].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD	272
[3200].6	
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	273
[3200].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	273

[3200].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	273
[3200].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	275
[3200].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	276
[3200].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	276
[3200].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	276
[3200].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	276
[3200].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	276
[3200].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	276
[3200].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	277
[3200].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	277
[3200].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	277
[3200].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	277
[3200].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	277
[3200].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	277
[3200].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	278
[3200].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	278
[3200].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	278
[3200].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3300]	Klinik für Strahlentherapie/Radioonkologie	279
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	279
[3300].1		

B- [3300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	279
B- [3300].1.2	Ärztliche Leitung	279
B- [3300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	279
B- [3300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	280
B- [3300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	280
B- [3300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	280
B- [3300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	280
B- [3300].6.2	Kompetenzdiagnosen	281
B- [3300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	281
B- [3300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	283
B- [3300].7.2	Kompetenzprozeduren	283
B- [3300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	283
B- [3300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	283
B- [3300].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	283
B- [3300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	284
B- [3300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	284
B- [3300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	284
B- [3300].11	Personelle Ausstattung	284
B- [3300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	284

B- [3300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	284
B- [3300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	285
B- [3300].11.2	Pflegepersonal	285
B- [3300].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	285
B- [3300].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	285
B- [3300].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	285
B-[1590]	Allgemeine Chirurgie - Belegabteilung	286
B- [1590].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	286
B- [1590].1.1	Fachabteilungsschlüssel	286
B- [1590].1.2	Ärztliche Leitung	286
B- [1590].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	287
B- [1590].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	288
B- [1590].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	288
B- [1590].6	Hauptdiagnosen nach ICD	288
B- [1590].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	289
B- [1590].6.2	Kompetenzdiagnosen	289
B- [1590].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	289
B- [1590].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	290
B- [1590].7.2	Kompetenzprozeduren	291

B- [1590].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	291
B- [1590].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	291
B- [1590].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	291
B- [1590].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	291
B- [1590].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	291
B- [1590].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	291
B- [1590].11	Personelle Ausstattung	292
B- [1590].11.1	Ärzte und Ärztinnen	292
B- [1590].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	292
B- [1590].11.1.2	Zusatzweiterbildung	292
B- [1590].11.2	Pflegepersonal	292
B- [1590].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	292
B- [1590].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	293
B- [1590].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	293
B-[2600]	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	294
B- [2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	294
B- [2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	294
B- [2600].1.2	Ärztliche Leitung	294
B- [2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	295
B-	Medizinische Leistungsangebote der	295

[2600].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- [2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	296
B- [2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	296
B- [2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	297
B- [2600].6.2	Kompetenzdiagnosen	298
B- [2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	298
B- [2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	300
B- [2600].7.2	Kompetenzprozeduren	301
B- [2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	301
B- [2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	301
B- [2600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	301
B- [2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	301
B- [2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	302
B- [2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	303
B- [2600].11	Personelle Ausstattung	303
B- [2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	304
B- [2600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	304
B- [2600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	304
B- [2600].11.2	Pflegepersonal	304
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	304

[2600].11.2	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse		
B- [2600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	305
B- [2600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	305
B-[2200]	Klinik für Urologie		306
B- [2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		306
B- [2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel		306
B- [2200].1.2	Ärztliche Leitung		306
B- [2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen		307
B- [2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	308
B- [2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		309
B- [2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD		309
B- [2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		310
B- [2200].6.2	Kompetenzdiagnosen		312
B- [2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		313
B- [2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		314
B- [2200].7.2	Kompetenzprozeduren		316
B- [2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		316
B- [2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		316
B- [2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)		316
B- [2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V		316

B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	318
[2200].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	319
[2200].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	319
[2200].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	319
[2200].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	319
[2200].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	320
[2200].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	320
[2200].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	320
[2200].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	320
[2200].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	320
[2200].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3500]	Klinik für Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und	321
	Kieferchirurgie	
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	321
[3500].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	321
[3500].1.1		
B-	Ärztliche Leitung	321
[3500].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	322
[3500].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	322
[3500].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	323
[3500].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	323
[3500].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	324
[3500].6.1		

B-	Kompetenzdiagnosen	324
[3500].6.2		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	324
[3500].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	324
[3500].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	324
[3500].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	324
[3500].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	324
[3500].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	324
[3500].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	325
[3500].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	325
[3500].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	325
[3500].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	325
[3500].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	325
[3500].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	326
[3500].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	326
[3500].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	326
[3500].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	326
[3500].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	326
[3500].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	326
[3500].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2700]	Klinik für Augenheilkunde	327

B- [2700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	327
B- [2700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	327
B- [2700].1.2	Ärztliche Leitung	327
B- [2700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	327
B- [2700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	328
B- [2700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	328
B- [2700].6	Hauptdiagnosen nach ICD	328
B- [2700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	328
B- [2700].6.2	Kompetenzdiagnosen	329
B- [2700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	329
B- [2700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	329
B- [2700].7.2	Kompetenzprozeduren	329
B- [2700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	329
B- [2700].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	329
B- [2700].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	329
B- [2700].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	330
B- [2700].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	330
B- [2700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	330
B- [2700].11	Personelle Ausstattung	330

B- [2700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	331
B- [2700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	331
B- [2700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	331
B- [2700].11.2	Pflegepersonal	331
B- [2700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	331
B- [2700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	331
B- [2700].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	332
B- [3700_3]	Abteilung für Hygiene	333
B- [3700_3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	333
B- [3700_3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	333
B- [3700_3].1.2	Ärztliche Leitung	333
B- [3700_3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	334
B- [3700_3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	334
B- [3700_3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	335
B- [3700_3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	335
B- [3700_3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	335
B- [3700_3].6.2	Kompetenzdiagnosen	335
B- [3700_3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	335
B- [3700_3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	335

B- Kompetenzprozeduren	336
[3700_3].7.2	
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	336
[3700_3].8	
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	336
[3700_3].8.1	
B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	336
[3700_3].8.2	
B- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	336
[3700_3].9	
B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	336
[3700_3].9.1	
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	336
[3700_3].10 Berufsgenossenschaft	
B- Personelle Ausstattung	336
[3700_3].11	
B- Ärzte und Ärztinnen	336
[3700_3].11.1	
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	337
[3700_3].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	337
[3700_3].11.1.2	
B- Pflegepersonal	337
[3700_3].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	337
[3700_3].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	338
[3700_3].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	338
[3700_3].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1900] Klinik für Plastische Chirurgie	339
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	339
[1900].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	339
[1900].1.1	
B- Ärztliche Leitung	339
[1900].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	339

[1900].2		
B- [1900].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	..... 340
B- [1900].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	340
B- [1900].6	Hauptdiagnosen nach ICD	340
B- [1900].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	342
B- [1900].6.2	Kompetenzdiagnosen	343
B- [1900].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	343
B- [1900].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	345
B- [1900].7.2	Kompetenzprozeduren	346
B- [1900].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	347
B- [1900].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	347
B- [1900].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	347
B- [1900].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	347
B- [1900].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	349
B- [1900].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	..... 350
B- [1900].11	Personelle Ausstattung	350
B- [1900].11.1	Ärzte und Ärztinnen	350
B- [1900].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	351
B- [1900].11.1.2	Zusatzweiterbildung	351
B-	Pflegepersonal	351

[1900].11.2

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte [1900].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	351
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – [1900].11.2 Zusatzqualifikation	.....	351
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [1900].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	351
C	Qualitätssicherung		352
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	352
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	567
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	567
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	568
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	568
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	569
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	571
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr		571
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	575
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	575

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 ist Teil des Medizin Campus Niederbayern - MCN - und bildet dann auch Medizinstudenten am Klinikum Passau aus. Der Medizin Campus Niederbayern bietet unter akademischer Verantwortung der Universität Regensburg ab dem Wintersemester 2024/25 den Studiengang „Medizin Niederbayern“ mit 110 Studienplätzen an. Die ersten sechs Semester des Medizinstudiums werden an der Universität Regensburg unterrichtet, die folgenden klinischen Semester an einem der vier MCN-Klinikstandorte in Niederbayern: Passau, Landshut, Deggendorf und Straubing. Die Studienplätze werden zusätzlich zum bestehenden Studiengang der Humanmedizin an der Universität Regensburg angeboten. Die Zulassung erfolgt jährlich zum Wintersemester.

Passau wird mit dem Klinikum Passau, der Kinderklinik Dritter Orden Passau und einem neu aufzubauenden Institut für Gesundheitswissenschaften an der Universität Passau ein wichtiger Standort des MedizinCampus Niederbayern sein. Für die Region ist dies ein zukunftsweisender Schritt nicht nur für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vor Ort.

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 2025 über 32.000 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.

Dr. med. Holger Otto, MaHM
Klinikumsverkleiter

Einleitung

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikumswerkleiter
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Otto
Telefon	0851 5300 7700
Fax	0851 7167 0
E-Mail	holger.otto@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
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	Klinikumswerkleiter
Titel, Vorname, Name	MaHM Holger Otto
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-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	<p>MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege</p> <p><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></p>
2	<p>MP63 - Sozialdienst</p> <p><i>Bei einer geplanten häuslichen oder stationären Weiterbehandlung bzw. Anschlussheilbehandlung stehen den Pflegebedürftigen und Angehörigen die Mitarbeiter der Sozialarbeit als Ansprechpartner zur Verfügung.</i></p>
3	<p>MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>Zur reibungslosen Entlassung von pflege- oder reha-bedürftigen Patienten stehen Sozialdienst, Soziale Beratung und Überleitungspflege Patienten und Angehörigen zur Seite. Sie beraten, organisieren Hilfsmittel, übernehmen Anträge und organisieren die Weiterversorgung.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
4	<i>Die Weiterversorgung in einer Rehabilitationseinrichtung wird durch den hauseigenen Sozialdienst organisiert.</i>
	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
5	<i>Um eine sichere Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten steht unseren Patienten das Team der Sozialen Arbeit zur Verfügung.</i>
	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
6	<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>
	MP21 - Kinästhetik
7	<i>Es finden regelmäßig Grund- und Aufbaukurse für Pflegefachkräfte und Physiotherapeuten am Klinikum statt.</i>
	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
8	<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
9	<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
10	<i>Im Rahmen der Krankengymnastik können Patienten auf neurophysiologischer Grundlage behandelt werden. Die Konzepte nach Bobath, Vojta und PNF kommen zur Anwendung.</i>
	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
11	<i>Kinästhetik-Kurse werden für die Mitarbeiter des Klinikums angeboten.</i>
	MP37 - Schmerztherapie/-management
12	<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>
	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
13	<i>Im Rahmen der Krankengymnastik können Patienten bei Bedarf auch eine Sport- bzw. Bewegungstherapie erhalten.</i>
	MP25 - Massage
14	<i>Es werden auf ärztliche Anforderung alle klassischen und reflektorischen Massagetherapieformen durchgeführt. Auf der Palliativstation werden vor allem entspannende Massagen angewandt.</i>
	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
15	<i>Folgende Leistungen werden angeboten: Wärme-u. Kältetherapie, Fango-u. Paraffinpackungen, CO2-Bäder</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
16	<i>Osteopathie ist eine vollwertige medizinische Disziplin, in der die manuelle diagnostische und therapeutische Vorgehensweise bei Funktionsstörungen im Mittelpunkt steht.</i>
	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
17	<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 Selbstübung der Triflow zum Einsatz.</i>
	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
18	<i>Die Physikalische Therapie am Klinikum Passau umfasst Formen der Balneo-Therapie (z.B. Unterwassermassagen), die Elektrotherapie, die Wärmetherapie (z.B. Fango, Heißluft), etc.</i>
	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
19	<i>Die Krankengymnastik inklusive der Atemtherapie, Gangschule und Behandlungen auf Neurophysiologischer Grundlage erfolgen je nach Befunderhebung. Je nach Krankheitsbild wird die Krankengymnastik in Einzel- oder Gruppentherapien durchgeführt.</i>
	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
20	<i>Im Rahmen der Krankengymnastik können Patienten auf neurophysiologischer Grundlage behandelt werden. Die Konzepte nach Bobath, Vojta und PNF kommen zur Anwendung.</i>
	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
21	<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>
	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
22	<i>Wochenbettbetreuung, Frühstücksbuffet, Stillzimmer, Stillberatung, Integrative Wochenbettpflege, Rooming-In, Beckenbodentraining; umfangreiches Kursprogramm: Geburtsvorbereitung, Stillgruppe, Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflege und Babyschwimmen.</i>
	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
23	<i>Schwangerenschwimmen mit Aqua aerobic sowie Babyschwimmen und Kleinkinderschwimmen wird in Zusammenarbeit mit der Schwimmschule Poseidon Sub angeboten.</i>
	MP43 - Stillberatung
24	<i>Wir haben auf unserer Entbindungsstation Laktationsberaterinnen, die den Wöchnerinnen beratend zur Seite stehen.</i>
	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
25	<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>
	MP53 - Aromapflege/-therapie
26	<i>Aromapflege wird auf der Palliativstation und Geburtshilfe angeboten. Nach Absprache können Teile der Aromatherapie auch auf anderen Stationen angeboten werden.</i>
	MP27 - Musiktherapie
27	<i>Das Team auf der Palliativstation bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Physiotherapeuten etc. wird durch Musik- und Kunsttherapeutinnen unterstützt.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
28	<i>Das Team auf der Palliativstation bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Physiotherapeuten etc. wird mit Kunst- und Musiktherapeutinnen unterstützt.</i>
	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
29	<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>
	MP36 - Säuglingspflegekurse
30	<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>
	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
31	<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>
	MP06 - Basale Stimulation
32	<i>Die Anwendung von basaler Stimulation wird individuell zwischen Patienten und Pflegekräften besprochen und angewendet.</i>
	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
33	<i>Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind, bei für sie bedeutungsvollen Betätigungen.</i>
	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
34	<i>Es stehen mehrere Logopäden, welche u.a. eine Stimm- und Sprachtherapie durchführen, zur Verfügung.</i>
	MP45 - Stomatherapie/-beratung
35	<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>
	MP51 - Wundmanagement
36	<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>
	MP02 - Akupunktur
37	<i>Akupunkturbehandlungen werden in der Schmerzambulanz am Klinikum Passau im Rahmen einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie durchgeführt. Es kommen die Körperakupunktur nach TCM-Regeln, Ohr- und Laserakupunktur zur Anwendung.</i>
	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
38	<i>Das Klinikum Passau ist seit mehreren Jahren zertifizierte Ernährungsklinik. Diätassistenten betreuen schwerpunktmäßig die Fachabteilungen. Sie schulen Patienten, Ärzte und Pflegekräfte.</i>
	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
39	<i>Unsere Stomatherapie betreut Patienten mit Inkontinenzproblemen. Sie führt Beratungen für Patienten und Angehörige durch und bietet darüber hinaus hausinterne Schulungen für das Personal des Klinikums an.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
40	<i>Es bestehen Kooperationen mit Sanitätshäusern aus der Umgebung, die für die Versorgung mit Hilfsmitteln und Orthopädietechnik zuständig sind.</i>
	MP18 - Fußreflexzonenmassage
41	<i>Bei onkologischen Patienten sowie auf der Palliativstation wird nach Wunsch eine Fußreflexmassage durchgeführt.</i>
	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
42	<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>
	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
43	<i>Es bestehen Kooperationen bzw. eine enge Zusammenarbeit mit mehreren Selbsthilfegruppen, u.a. mit der Deutschen Krebsgesellschaft, Deutschen Krebshilfe und der Bayerischen Krebsgesellschaft. Zudem bestehen u.a. für die Erkrankungen Leukämie, Morbus Crohn-Colitis, Schlaganfall, MS vielfältige Kontakte</i>
	MP67 - Vojtatherapie 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/Psychozialdienst
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 geriatrischen Patienten und Menschen mit Krebs- und Bluterkrankungen.</i>
	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
46	<i>Für die Öffentlichkeit wird ein breites Spektrum an informativen Veranstaltungen angeboten, z.B. Ernährungstag, Herztag, Gefäßtag, Messeveranstaltungen, etc.</i>
	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
47	<i>In unseren Bewegungsbecken werden hauptsächlich Einzeltherapien durchgeführt. In erster Linie werden hier konservative, orthopädische und chirurgische Patienten behandelt.</i>
	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
48	<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>
	MP26 - Medizinische Fußpflege
49	<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>
	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
50	<i>Diabetesberatung, Wundmanagement, Stomatherapie</i>
	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
51	<i>Aktuelle Informationen erhalten Interessierte u.a. auf der Klinikums - Homepage oder über die Tageszeitung "Passauer Neue Presse".</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	<p>NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen</p> <p><i>Während des Aufenthalts im Klinikum ist unsere Ernährungsberatung in Zusammenarbeit mit der Küchenleitung bemüht, auf Ihre speziellen Ernährungsgewohnheiten einzugehen.</i></p>
2	<p>NM40: Empfangs- und Begleitservice für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p><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></p>
3	<p>NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)</p> <p><i>Begleitpersonen werden - falls medizinisch erforderlich - gemeinsam mit dem Patienten aufgenommen. Zudem besteht Unterbringungsmöglichkeit in unserem Wohnheim oder in naheliegenden Hotels.</i></p>
4	<p>NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Für die Öffentlichkeit wird ein breites Spektrum an informativen Veranstaltungen angeboten, z.B. Ernährungstag, Herztag, Gefäßtag, etc. Speziell für werdende Eltern bietet das Klinikum in regelmäßigen Abständen eine Informationsveranstaltung "Eltern werden am Klinikum" Passau an.</i></p>
5	<p>NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p><i>Ein-Bett-Zimmer mit eigenem Sanitärbereich können gegen Aufpreis bzw. mit entsprechender Zusatzversicherung auf allen Stationen in Anspruch genommen werden.</i></p>
6	<p>NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen</p> <p><i>Es bestehen Kooperationen bzw. eine enge Zusammenarbeit mit mehreren Selbsthilfegruppen, u.a. mit der Deutschen Krebsgesellschaft, Deutschen Krebshilfe und der Bayerischen Krebsgesellschaft. Zudem bestehen u.a. für die Erkrankungen Leukämie, Morbus Crohn-Colitis, Schlaganfall, MS vielfältige Kontakte</i></p>
7	<p>NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung</p> <p><i>Unsere Seelsorger besuchen die Stationen regelmäßig und kommen auf Wunsch beim Patienten vorbei. Es werden kath. und evang. Gottesdienste durchgeführt. Zudem wird die Kommunion im Zimmer, Krankensalbung, Beichtgelegenheit etc. angeboten. Auch ein religionsunabhängiger Gebetsraum ist vorhanden.</i></p>
8	<p>NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p><i>Wir bieten auch 1- und 2-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle als Wahlleistung an.</i></p>
9	<p>NM05: Mutter-Kind-Zimmer</p> <p><i>Es besteht die Möglichkeit, dass Mütter bei ihren Kindern als Begleitperson übernachten.</i></p>
10	<p>NM07: Rooming-in</p> <p><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></p>
11	<p>NM68: Abschiedsraum</p> <p><i>Ein Abschiedsraum steht in direkter räumlicher Verbindung zur Prosektur zur Verfügung. Zudem ist auf mehreren Stationen ein Abschiedsraum eingerichtet.</i></p>

#	Leistungsangebot
12	<p>NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)</p> <p><i>Patienten erhalten Informationen über die Homepage, speziellen Flyern bzw. Patientenunterlagen oder persönlich durch Mitarbeiter des Klinikums.</i></p>

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	<p>BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)</p> <p><i>Es stehen immer ausreichend viele Betten für Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße zur Verfügung.</i></p>
2	<p>BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen</p> <p><i>Im ganzen Haus sind mehrere rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen vorhanden.</i></p>
3	<p>BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)</p> <p><i>Alle Besucher- und Patientenaufzüge des Klinikums sind rollstuhlgerecht bedienbar.</i></p>
4	<p>BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen</p> <p><i>Serviceeinrichtungen wie z.B. die Cafeteria, Geldautomaten, Essensautomaten sind barrierefrei zugänglich.</i></p>
5	<p>BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen</p> <p><i>Die Sanitäranlagen aller Patientenzimmer sind rollstuhlgerecht ausgestattet.</i></p>
6	<p>BF24 - Diätetische Angebote</p> <p><i>Das Team der Diätabteilung bzw. Ernährungsberatung unterstützt Patienten mit individuell angepasster Ernährung bzw. Wunschkost.</i></p>
7	<p>BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift</p> <p><i>Die Aufzüge sind mit Beschriftung in erhabener Profilschrift und/ oder Blindenschrift ausgestattet. Eine Sprechansage gibt es nicht. Neue Aufzüge werden alle mit Sprechansage ausgestattet.</i></p>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
8	<p>BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße</p> <p><i>Die Röntgeneinrichtungen sind so ausgestattet, dass auch Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße behandelt werden können.</i></p>
9	<p>BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</p> <p><i>Untersuchungsgeräte für Patienten mit besonderem Übergewicht/ besondere Körpergröße stehen zur Verfügung.</i></p>
10	<p>BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung</p> <p><i>Im ganzen Haus wird darauf geachtet, dass schriftliche Hinweise immer in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung angebracht werden.</i></p>
11	<p>BF25 - Dolmetscherdienst</p> <p><i>Im Haus steht ein Dolmetscherdienst, welcher bei Bedarf kontaktiert werden kann, zur Verfügung.</i></p>
12	<p>BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter</p> <p><i>Mehrere Stationen verfügen über (fahrbare) Patientenlifter. Diese können bei Bedarf auch auf Stationen, auf den standardmäßig kein Patientenlifter vorhanden ist, eingesetzt werden.</i></p>
13	<p>BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</p> <p><i>Die Behandlungsmöglichkeit durch fremdsprachiges Personal ist gegeben.</i></p>
14	<p>BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe</p> <p><i>Es stehen zahlreiche Hilfsmittel (Duschhocker und Duschstühle, Gehhilfen wie Rollatoren und Gehstöcke, Rollstühle, Toilettenstuhl oder Anti-Thrombosestrümpfe) für Patienten mit besonderem Übergewicht bzw. besonderer Körpergröße zur Verfügung.</i></p>
15	<p>BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen</p> <p><i>Der Patientenfahrdienst unterstützt auf Anforderung sehbehinderte oder blinde Menschen. Das neue Wegeleitsystem wird dies berücksichtigen.</i></p>
16	<p>BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische</p> <p><i>Die OP-Abteilung ist für Patienten mit besonderem Übergewicht/ Körpergröße eingerichtet (z.B. Schleuse, OP-Tisch, etc.)</i></p>
17	<p>BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung</p> <p><i>Die Kapelle in unserem Haus sowie ein Islamischer Gebetsraum.</i></p>
18	<p>BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus</p> <p><i>Imagebroschüre des Klinikums Passau in englischer Sprache vorhanden</i></p>
19	<p>BF14 - Arbeit mit Piktogrammen</p> <p><i>Piktogramme werden z.B. im Wegeleitsystem eingesetzt.</i></p>
20	<p>BF11 - Besondere personelle Unterstützung</p> <p><i>Bietet unser Patientenfahrdienst.</i></p>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
21	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>In den Zimmern der Geriatrie (Station 13) und dann im neuen Bettenhaus Geriatriischen Station.</i>
22	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
23	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
24	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
25	BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten <i>Nummernanzeige in der ZNA und der Patientenaufnahme</i>
26	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	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 9 Kursen stehen insgesamt 225 Ausbildungsplätze zur Verfügung.</i>
	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
2	<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>
	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
4	<i>Durch die Kooperation mit der Berufsfachschule für Physiotherapie in Freyung können die Auszubildenden den praktischen Teil der Ausbildung am Klinikum Passau absolvieren.</i>

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
5	<p>HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)</p> <p><i>In Kooperation mit der Schule für Anästhesietechnische und Operationstechnische Assistenz der Kliniken Südstbayern bildet das Klinikum Passau ATAs aus.</i></p>
6	<p>HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)</p> <p><i>In Kooperation mit den Eckert-Schulen Regenstauf bildet das Klinikum Passau MTRAs aus.</i></p>
7	<p>HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)</p> <p><i>In Kooperation mit den Eckert-Schulen Regenstauf bildet das Klinikum Passau MTLAs aus.</i></p>
8	<p>HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin</p> <p><i>Ausbildung startet ab September 2024 mit 28 Ausbildungsplätzen.</i></p>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	660
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	32592
Teilstationäre Fallzahl	305
Ambulante Fallzahl	61197
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	306,94			
Beschäftigungsverhältnis	Mit	306,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3	Stationär	303,94

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	163,63			
Beschäftigungsverhältnis	Mit	163,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5	Stationär	158,63

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	14
--------	----

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt				618,45
Beschäftigungsverhältnis	Mit	618,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	618,45

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				54,02
Beschäftigungsverhältnis	Mit	54,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	54,02

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

Gesamt				23,03
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	23,03

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,57
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,57

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				21,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	21,87

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,23

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				62,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	62,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	62,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				15,54
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,54

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

Gesamt				21,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	21,52

Ohne Fachabteilungszuordnung

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

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				0,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

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

Gesamt				18,36
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,36

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				17,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,59

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				166,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	166,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	12,51	Stationär	154,25

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,24
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,24

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				4,7
--------	--	--	--	-----

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,7

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

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

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

Gesamt				3,16
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,16

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				22,34
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,34

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				4,51
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,51

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

Gesamt				20,68
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	20,68

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

Gesamt				22,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,39

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Die Abteilung Qualitätsmanagement unterstützt alle Bereiche des Klinikums beim Aufbau sowie der Weiterentwicklung ihrer Qualitätsmanagementprozesse und stellt sicher, dass trotz Kostendruck die Qualität nicht an Bedeutung verliert.

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 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums 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 Chefärzten. Mindestens vierteljährlicher Austausch QM mit QMBs (Pflegedirektion, Ärzte)
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Neben der Verpflichtung, den Patienten eine qualitativ hochwertige Medizin und Pflege zu bieten, sieht das Klinikum Passau die Verpflichtung, diese Kernaufgaben mit einer maximalen Patientensicherheit zu erfüllen. Das Handeln im Sinne der größtmöglichen Patientensicherheit wird nicht nur von Richtlinien und Gesetzen eingefordert, sondern ist Teil der Führungs- und Unternehmenskultur des Klinikums Passau. Eine maximale Sicherheit für alle beschäftigten Mitarbeiter ist ebenso höchstes Ziel.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name

Frau Verena Kurtz

Telefon

0851 5300 82313

Fax

0851 71670

E-Mail

verena.kurtz@klinikum-passau.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums 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	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
5	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
6	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
7	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
8	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
9	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
14	<p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>
15	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>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</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.10.2024</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
16	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung 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: 17.10.2024
17	RM18: Entlassungsmanagement 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: 17.10.2024

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: quartalsweise
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 17.10.2024

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, Team-Time-Out, 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)

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)	0
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

Hygienefachkräfte (HFK)

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

Hygienebeauftragte in der Pflege

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

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 Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja
---------	----

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

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
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)	36,9
---	------

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja
---	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	124
--	-----

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 Besiedelung 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 Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	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	5
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	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese 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: 17.10.2024
4	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: u.a. SOP Systemische Tumortherapie Letzte Aktualisierung: 07.11.2024 Erläuterungen: Dienstanweisung für den Umgang mit Arzneimitteln auf Station. In dieser ist die Verordnung, Bestellung, Lagerung, Verabreichung und Dokumentation geregelt. Der strukturierte Prozess wird durch eine elektronische Verordnungs-, Bestell- und Dokumentationssoftware unterstützt.
6	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
7	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
10	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
11	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
12	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

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

Fachspezifische Schulungen insbesondere im Bereich Zytostatika, Information des ärztlichen und pflegerischen Personals zu behördlichen AMTS-relevanten Themen (Rote Hand-Briefe, Arzneimittelrückrufe, Infoschreiben aus der Apotheke, Ärzteschulung zur optimalen Nutzung der IT Infrastruktur zur Verbesserung der AMTS...)

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 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 Teil A § 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: 17.10.2024
4	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt Letzte Überprüfung: 17.10.2024
5	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
3	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
4	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich
5	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich
6	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich
7	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich
8	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja
9	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja
10	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
11	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Keine Angabe erforderlich
12	AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Ja
13	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja
14	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja
15	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich
16	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich
17	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich

#	Gerätenummer	24h verfügbar
18	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
19	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich
20	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich
21	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich

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 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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	<p>VR04 - Duplexsonographie</p> <p><i>In der 1 Med. Klinik werden pro Jahr ca. 1.000 Duplex-Sonographie (Bestimmung von Blutfluss-Geschwindigkeiten) des Abdomens durchgeführt.</i></p>
2	<p>VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen</p> <p><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></p>
3	<p>VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Ein rheumatologischer Oberarzt ist in Teilzeittätigkeit in der Abteilung Tätig und behandelt rheumatologische Erkrankungen bei stationären Patienten mit.</i></p>
4	<p>VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>Es werden jährlich etwa 8000 endoskopische Untersuchungen an 4 Endoskopie-Arbeitsplätzen mit moderner HDTV-Endoskopiertechnik durchgeführt. Das Leistungsspektrum umfasst Ösophago-Gastro-Duodenoskopien, Koloskopien, Rekto- und Proktoskopien, orale und rektale Endosonographien. F...</i></p>
5	<p>VR02 - Native Sonographie</p> <p><i>In der 1. Med. Klinik wurden jährlich ca. 5.100 abdominelle Sonographien durchgeführt.</i></p>
6	<p>VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis</p>

#	Medizinische Leistungsangebote
7	<p>VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen</p> <p><i>Es besteht eine ausgewiesene akutgeriatrische Behandlungseinheit mit Möglichkeit der geriatrischen Komplexbehandlung in einem interdisziplinären Team mit Geriatern, Psychologen, Ernährungstherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräften. Moderne Übungsräume sind vorhanden.</i></p>
8	<p>VI35 - Endoskopie</p> <p><i>Es werden alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren angeboten, u.a. auch Dünndarmdiagnostik mittels Kapselendoskopie und Doppelballon-Enteroskopie.</i></p>
9	<p>VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen</p> <p><i>Autoimmunerkrankungen können mit hepatologischer, nephrologischer und rheumatologischer Expertise diagnostiziert und behandelt werden.</i></p>
10	VI39 - Physikalische Therapie
11	<p>VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten</p> <p><i>Labordiagnostik und Nierenpunktionen</i></p>
12	<p>VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen</p> <p><i>Langzeitbetreuung von CED-Patienten kann entweder im MVZ Gastroenterologie oder seit 2025 im ASV-Programm "Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen" in der Klinikambulanz erfolgen.</i></p>
13	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
14	<p>VR06 - Endosonographie</p> <p><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></p>
15	VU15 - Dialyse
16	<p>VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><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></p>
17	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

#	Medizinische Leistungsangebote
	VI27 - Spezialsprechstunde
18	<i>Lipidsprechstunde (Dr. Leebmann): Diagnostik und Behandlung von schweren Fettstoffwechselstörungen. Lipidapherese. ASV-Ambulanz chronisch-entzündliche Darmerkrankungen Ösophagusdiagnostik (Dr. Glas): Durchführung von Ösophagusmanometrien, Langz...</i>
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
19	<i>Endoskopische Mukosektomien und Submukosadissektionen. Endoskopische Vollwandresektionen (FTRD). Transgastrale Pseudozystendrainagen und Nekrosektomien.</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>Infektiöse Patienten werden in Isolierzimmern betreut. Alle modernen diagnostischen Möglichkeiten stehen zur Verfügung, entweder im Kliniklabor oder in Kooperation mit der MVZ Labor Passau GmbH.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	4568
Teilstationäre Fallzahl	155

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10- GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	239
2	Z49.1	Extrakorporale Dialyse	153
3	G90.80	Posturales Tachykardiesyndrom [PoTS]	108
4	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	91
5	E86	Volumenmangel	82
6	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	73
7	K29.1	Sonstige akute Gastritis	71
8	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	69
9	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	66
10	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	63
11	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	58
12	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	58
13	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	56
14	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	55
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	53
16	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	52
17	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	47
18	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	45

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
19	K29.6	Sonstige Gastritis	44
20	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	43
21	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	42
22	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	41
23	A46	Erysipel [Wundrose]	40
24	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	38
25	K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	38
26	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	37
27	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	36
28	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	36
29	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	35
30	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	33

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	245
2	K29	Gastritis und Duodenitis	198
3	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	160
4	Z49	Dialysebehandlung	153
5	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	121
6	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	117
7	K80	Cholelithiasis	114
8	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	105

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	102
10	K85	Akute Pankreatitis	98
11	A41	Sonstige Sepsis	97
12	N17	Akutes Nierenversagen	95
13	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	93
14	I50	Herzinsuffizienz	90
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	89
16	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	89
17	E86	Volumenmangel	85
18	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	81
19	K70	Alkoholische Leberkrankheit	78
20	N18	Chronische Nierenkrankheit	75
21	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	73
22	K57	Divertikulose des Darmes	64
23	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	63
24	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	60
25	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	54
26	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	53
27	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	52
28	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	49
29	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	47
30	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	44

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	5786
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2467
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1418
4	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	814
5	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	744
6	1-653	Diagnostische Proktoskopie	737
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	684
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	654
9	8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	564
10	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	548
11	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	339
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	313
13	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	294
14	8-854.60	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	286
15	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	285
16	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	223
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	189
18	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	173

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	173
20	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	163
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	161
22	8-821.43	Adsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, weitere Anwendung	141
23	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	139
24	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	134
25	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	119
26	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	112
27	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	108
28	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	108
29	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	105
30	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	105

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Hämodialyse	6844
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2467
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	2004
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1430
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	904
6	8-855	Hämodiafiltration	814
7	1-650	Diagnostische Koloskopie	795
8	1-653	Diagnostische Proktoskopie	737
9	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	588
10	5-469	Andere Operationen am Darm	557
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	466
12	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	458
13	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	285
14	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	261
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	213
16	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	199
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	189
18	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	173
19	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	161
20	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	138
21	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	122
22	5-449	Andere Operationen am Magen	120

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	106
24	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	104
25	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	102
26	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	92
27	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	88
28	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	87
29	5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	84
30	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	83

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>Speiseröhren- 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

#	Ambulanz	Leistung
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
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	722
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	273
3	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	248
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	143
5	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	115
6	3-054	Endosonographie des Duodenums	98
7	3-056	Endosonographie des Pankreas	96

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
8	3-053	Endosonographie des Magens	95
9	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	92
10	3-051	Endosonographie des Ösophagus	85
11	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	57
12	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	54
13	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	46
14	5-429.5	Andere Operationen am Ösophagus: Sprengung der Kardia (transluminal)	29
15	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	22
16	5-452.80	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Elektrokoagulation	17
17	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	16
18	8-123.00	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Ohne jejunale Sonde	13
19	8-123.1	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung	11
20	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	9
21	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	9
22	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push- Technik): Endoskopische Mukosaresektion	8
23	8-123.01	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Mit jejunaler Sonde	6
24	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	6
25	5-493.01	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 2 Hämorrhoiden	6

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	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
27	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	< 4
28	8-124.0	Wechsel und Entfernung eines Jejunostomiekatheters: Wechsel	< 4
29	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	< 4
30	5-493.02	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 3 oder mehr Hämorrhoiden	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	784
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	521
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	347
4	3-054	Endosonographie des Duodenums	98
5	3-056	Endosonographie des Pankreas	96
6	3-053	Endosonographie des Magens	95
7	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	92
8	3-051	Endosonographie des Ösophagus	85
9	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	83
10	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	30
11	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	22
12	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	12
13	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	9
14	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	9
15	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	9

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	8-124	Wechsel und Entfernung eines Jejunostomiekatheters	4
17	5-431	Gastrostomie	< 4
18	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	< 4
19	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 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	32,6	Fälle je VK/Person	140,122711
Beschäftigungsverhältnis	Mit 32,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	32,6

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	15,64	Fälle je VK/Person	305,756378
Beschäftigungsverhältnis	Mit 15,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,7	Stationär	14,94

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	93,63	Fälle je VK/Person	48,78778
Beschäftigungsverhältnis	Mit 93,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	93,63

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

Gesamt	0,5	Fälle je VK/Person	9136
--------	-----	--------------------	------

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,4	Fälle je VK/Person	617,2973
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,4

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		11,29	Fälle je VK/Person	404,605835
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,29

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		4,66	Fälle je VK/Person	980,257568
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,66

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

Gesamt		1,4	Fälle je VK/Person	3262,85718
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,4

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		14,42	Fälle je VK/Person	333,430664
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,72	Stationär	13,7

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie
5	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung
8	PQ18 - Pflege in der Endoskopie

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
2	ZP07 - Geriatrie
3	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	ZP01 - Basale Stimulation
5	ZP22 - Atmungstherapie
6	ZP03 - Diabetes
7	ZP02 - Bobath

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Suedhoff
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

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
16	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
17	VI39 - Physikalische Therapie
18	VI37 - Onkologische Tagesklinik

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

Vollstationäre Fallzahl	3225
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	216
2	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	115
3	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardias	110
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	110
5	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	104
6	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	103
7	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	91
8	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	85
9	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	80
10	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	78
11	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	73
12	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	71
13	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	70
14	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	65

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
15	C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	62
16	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	52
17	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	49
18	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	42
19	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	35
20	C22.0	Leberzellkarzinom	34
21	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	33
22	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	32
23	C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet	31
24	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	28
25	C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	27
26	C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	25
27	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	24
28	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	24
29	C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	24
30	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	24

B-[0500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	564
2	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	252
3	C16	Bösartige Neubildung des Magens	171
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	146

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	C83	Nicht follikuläres Lymphom	136
6	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	115
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	110
8	C92	Myeloische Leukämie	100
9	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	98
10	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	71
11	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	70
12	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	62
13	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	45
14	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	43
15	C91	Lymphatische Leukämie	40
16	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	38
17	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	37
18	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	36
19	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	35
20	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	35
21	C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	35
22	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	33
23	C43	Bösartiges Melanom der Haut	32
24	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	29
25	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	29
26	C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten	28
27	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	26
28	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	25
29	C17	Bösartige Neubildung des Dünndarmes	23

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	D47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	22

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	1989
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	418
3	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	394
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	379
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	263
6	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	254
7	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	216
8	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	185
9	8-831.02	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß	171
10	1-710	Ganzkörperplethysmographie	161
11	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	160
12	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	123
13	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	121
14	1-653	Diagnostische Proktoskopie	118
15	8-98e.0	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage	116

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	96
17	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	95
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	88
19	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	85
20	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	79
21	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	77
22	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	74
23	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	69
24	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	64
25	1-941.0	Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik ohne HLA-Typisierung	56
26	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	56
27	6-005.d0	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Nab-Paclitaxel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg	55
28	6-00a.11	Applikation von Medikamenten, Liste 10: Atezolizumab, parenteral: 1.200 mg bis unter 1.680 mg	54
29	1-853.2	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion	54
30	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	52

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1989
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1061

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	619
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	385
5	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	258
6	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	254
7	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	224
8	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	220
9	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	216
10	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	207
11	1-710	Ganzkörperplethysmographie	161
12	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	160
13	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	147
14	1-650	Diagnostische Koloskopie	135
15	1-653	Diagnostische Proktoskopie	118
16	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	104
17	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	99
18	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	94
19	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	91
20	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	82
21	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	81
22	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	79
23	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	79
24	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	76
25	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	76
26	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	74

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	74
28	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	70
29	5-469	Andere Operationen am Darm	67
30	1-941	Komplexe Diagnostik bei Leukämien	63

B-[0500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	<p>Onkologische Ambulanz</p> <p><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></p>
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	<p><i>Versorgung nach §116b SGB V für Gastroenterologische Tumoren, Gynäkologische Tumoren und Urologische Tumoren</i></p>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Onkologische Ambulanz	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
2	Onkologische Ambulanz	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
3	Onkologische Ambulanz	VI37 - Onkologische Tagesklinik
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		22,31	Fälle je VK/Person	144,554016
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,31

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,43	Fälle je VK/Person	309,204224
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,43

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	ZF02 - Akupunktur
2	ZF11 - Hämostaseologie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF15 - Intensivmedizin
5	ZF30 - Palliativmedizin
6	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[0500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt		52,58	Fälle je VK/Person	61,33511
Beschäftigungsverhältnis	Mit	52,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	52,58

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

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	1612,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,17	Fälle je VK/Person	2756,4104
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,17

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		6,55	Fälle je VK/Person	492,3664
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,55

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	6450
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

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

Gesamt		2,33	Fälle je VK/Person	1384,12024
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,33

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		13,48	Fälle je VK/Person	575,8929
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	7,88	Stationär	5,6

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
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
5	ZP01 - Basale Stimulation

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	4427
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	334
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	274
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	238
4	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	238
5	I20.0	Instabile Angina pectoris	230
6	I35.0	Aortenklappenstenose	192
7	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	166
8	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	150
9	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	91
10	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	81
11	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	81
12	I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	79
13	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	72
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	69
15	R55	Synkope und Kollaps	62
16	I48.3	Vorhofflattern, typisch	61
17	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	58
18	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	52
19	J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxämisch]	49
20	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	47
21	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	47
22	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	44
23	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	43

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
24	D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	40
25	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	39
26	J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	38
27	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	36
28	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	36
29	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	35
30	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	35

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	648
2	I20	Angina pectoris	473
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	461
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	360
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	286
6	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	219
7	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	157
8	I47	Paroxysmale Tachykardie	129
9	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	122
10	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	95
11	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	91
12	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	86

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	86
14	I26	Lungenembolie	83
15	I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	79
16	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	78
17	R55	Synkope und Kollaps	62
18	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	54
19	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	47
20	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	42
21	D38	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	41
22	J20	Akute Bronchitis	35
23	I95	Hypotonie	34
24	J45	Asthma bronchiale	31
25	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	30
26	I42	Kardiomyopathie	21
27	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	20
28	R07	Hals- und Brustschmerzen	19
29	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	17
30	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	16

B-[0300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2295
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1102

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	915
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	824
5	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	773
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	598
7	1-710	Ganzkörperplethysmographie	523
8	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	516
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	494
10	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	486
11	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	439
12	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	424
13	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	423
14	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	379
15	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	378
16	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	297
17	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	272
18	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	254
19	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	248

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	247
21	8-701	Einfache endotracheale Intubation	231
22	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	226
23	1-268.3	Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel	225
24	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	217
25	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	193
26	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	189
27	1-265.4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien	188
28	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	186
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	183
30	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	173

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2295
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1947
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1614
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	1495
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1307
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	915
7	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	835

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	824
9	1-268	Kardiales Mapping	708
10	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	524
11	1-710	Ganzkörperplethysmographie	523
12	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	486
13	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	415
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	405
15	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	392
16	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	371
17	5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen	327
18	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	303
19	5-35b	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen	285
20	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	272
21	8-701	Einfache endotracheale Intubation	231
22	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	207
23	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	195
24	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	189
25	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	186
26	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	184
27	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	173
28	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	160
29	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	157
30	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	153

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>
3	AM07 - Privatambulanz	Kardiologische Ambulanz
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Kardiologie
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Pneumologische Ambulanz

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

#	Ambulanz	Leistung
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
6	Kardiologische Ambulanz	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
7	Kardiologische Ambulanz	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
8	Pneumologische Ambulanz	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	184
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	100
3	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	58
4	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	47
5	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	21
6	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	15

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
7	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	11
8	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	9
9	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
10	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4
11	1-426.3	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal	< 4
12	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	375
2	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	47
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	26
4	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4
5	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
6	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 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		39,52	Fälle je VK/Person	112,019234
Beschäftigungsverhältnis	Mit	39,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	39,52

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		24,04	Fälle je VK/Person	189,674377
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	23,34

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
4	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF69 - Transplantationsmedizin
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	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		92,01	Fälle je VK/Person	48,11433
Beschäftigungsverhältnis	Mit	92,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	92,01

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

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	8854
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,92	Fälle je VK/Person	2305,72925
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,92

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		6,38	Fälle je VK/Person	693,887146
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,38

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,73	Fälle je VK/Person	1621,61169
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,73

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

Gesamt		2,55	Fälle je VK/Person	1736,07849
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,55

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		18,7	Fälle je VK/Person	244,04631
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,56	Stationär	18,14

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP29 - Stroke Unit Care
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP22 - Atmungstherapie
6	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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	912
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	86

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	85
3	R07.2	Präkordiale Schmerzen	51
4	R55	Synkope und Kollaps	37
5	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	28
6	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	25
7	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	24
8	R42	Schwindel und Taumel	15
9	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	15
10	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	14
11	R40.0	Somnolenz	13
12	R11	Übelkeit und Erbrechen	12
13	R06.0	Dyspnoe	12
14	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	11
15	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	11
16	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	11
17	B34.9	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	10
18	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	9
19	E86	Volumenmangel	9
20	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	9
21	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	9
22	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	9
23	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	8
24	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	8
25	R00.2	Palpitationen	7

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	7
27	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	7
28	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	7
29	R53	Unwohlsein und Ermüdung	7
30	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	6

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	109
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	93
3	R07	Hals- und Brustschmerzen	59
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	45
5	R55	Synkope und Kollaps	37
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	33
7	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	17
8	R00	Störungen des Herzschlages	16
9	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	15
10	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15
11	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	15
12	R42	Schwindel und Taumel	15
13	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	14
14	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	13
15	R06	Störungen der Atmung	13
16	K29	Gastritis und Duodenitis	13
17	R11	Übelkeit und Erbrechen	12

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
18	J20	Akute Bronchitis	11
19	I20	Angina pectoris	11
20	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	11
21	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	11
22	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	11
23	I50	Herzinsuffizienz	10
24	E86	Volumenmangel	9
25	T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	9
26	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	9
27	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	9
28	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8
29	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	8
30	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	7

B-[3700_1].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	20
2	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	18
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	18
4	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	13
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	7

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	5
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
8	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	4
9	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
10	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
11	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	< 4
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
13	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	< 4
14	5-210.1	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Elektrokoagulation	< 4
15	8-831.03	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine periphere Vene in ein peripheres Gefäß	< 4
16	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
17	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	< 4
18	8-120	Magenspülung	< 4
19	5-900.08	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterarm	< 4
20	5-433.52	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation	< 4
21	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	< 4
22	1-653	Diagnostische Proktoskopie	< 4
23	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
25	5-900.xe	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sonstige: Oberschenkel und Knie	< 4
26	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	< 4
27	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Resorbierbare Plugs mit Anker	< 4
28	8-123.0	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel	< 4
29	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	< 4
30	8-101.5	Fremdkörperentfernung ohne Inzision: Aus dem Pharynx	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	61
2	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	13
3	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	7
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	5
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
6	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	4
7	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	4
8	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	< 4
9	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	< 4
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 4
12	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
13	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	< 4
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
15	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
16	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	< 4
17	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
18	8-101	Fremdkörperentfernung ohne Inzision	< 4
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4
20	1-653	Diagnostische Proktoskopie	< 4
21	8-120	Magenspülung	< 4
22	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	< 4
23	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
24	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
25	8-132	Manipulationen an der Harnblase	< 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	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	113
2	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	36
3	5-840.64	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	6
4	8-123.00	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Ohne jejunale Sonde	6
5	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	5
6	5-790.25	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft	5
7	5-790.28	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	4
8	5-840.65	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Daumen	< 4
9	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
10	5-855.1a	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Fuß	< 4
11	5-898.8	Operationen am Nagelorgan: Implantation eines Kunstnagels	< 4
12	5-844.75	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Interphalangealgelenk, einzeln	< 4
13	8-123.01	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Mit jejunaler Sonde	< 4
14	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
15	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
16	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	< 4
17	5-843.6	Operationen an Muskeln der Hand: Naht	< 4
18	5-842.90	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Exploration: Ein Finger	< 4
19	5-790.13	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus distal	< 4
20	5-795.2c	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	< 4
21	5-840.62	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Beugesehnen Daumen	< 4
22	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	< 4
23	5-840.41	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Beugesehnen Langfinger	< 4
24	5-780.3w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Phalangen Fuß	< 4
25	5-790.27	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulna proximal	< 4
26	5-840.61	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Beugesehnen Langfinger	< 4
27	5-780.6c	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Hand	< 4
28	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
29	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
30	5-044.4	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Hand	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	113
2	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	37
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	16
4	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	11
5	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	7
6	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4
7	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
8	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
9	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
10	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
11	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	< 4
12	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4
13	5-843	Operationen an Muskeln der Hand	< 4
14	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
15	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
16	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
17	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
18	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
19	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
20	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
21	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	< 4
22	5-844	Operation 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	15,99	Fälle je VK/Person	57,03565
Beschäftigungsverhältnis	Mit 15,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	15,99

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7,09	Fälle je VK/Person	128,631866
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	7,09

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
6	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

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		30,91	Fälle je VK/Person	29,50501
Beschäftigungsverhältnis	Mit	30,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	30,91

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,33	Fälle je VK/Person	391,416321
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,67	Fälle je VK/Person	1361,194
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,67

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

Gesamt		3,59	Fälle je VK/Person	254,039
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,59

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,93	Fälle je VK/Person	115,00631
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,93

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
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 z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie
2	ZP29 - Stroke Unit Care
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP02 - Bobath

#	Zusatzqualifikation
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP33 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Chest Pain Unit

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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 Allgemein Chirurgie angebotenen Subdisziplinen steht mindestens ein Facharzt zur Verfügung.</i>
7	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
8	VC60 - Adipositaschirurgie
9	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
10	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
11	VC21 - Endokrine Chirurgie <i>Besondere Expertise beim primären und sekundären Hyperparathyreoidismus.</i>
12	VC11 - Lungenchirurgie
13	VC24 - Tumorchirurgie
14	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
15	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
16	VD20 - Wundheilungsstörungen
17	VC20 - Nierenchirurgie
18	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
20	VC59 - Mediastinoskopie
21	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
22	VC63 - Amputationschirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl	3283
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	165
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	137
3	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	110
4	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	103
5	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	101
6	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	81
7	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	71
8	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	71
9	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	66

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
10	E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	63
11	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	59
12	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	58
13	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	57
14	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	56
15	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	53
16	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	52
17	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	51
18	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	46
19	K81.0	Akute Cholezystitis	42
20	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	41
21	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	40
22	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	39
23	E66.97	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 50 bis unter 60	38
24	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	37
25	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	35
26	E04.9	Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet	32
27	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	30
28	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	29
29	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	28
30	K61.0	Analabszess	26

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	255
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	248
3	I70	Atherosklerose	230
4	K40	Hernia inguinalis	211
5	K57	Divertikulose des Darmes	173
6	E66	Adipositas	151
7	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	148
8	K35	Akute Appendizitis	140
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	133
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma	90
11	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	77
12	K43	Hernia ventralis	77
13	K42	Hernia umbilicalis	70
14	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	58
15	K81	Cholezystitis	55
16	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	50
17	N18	Chronische Nierenkrankheit	48
18	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	42
19	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	40
20	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	39
21	L05	Pilonidalzyste	30
22	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	29
23	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	29
24	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	28

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	24
26	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	23
27	L03	Phlegmone	22
28	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	21
29	C16	Bösartige Neubildung des Magens	21
30	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	19

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1328
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	531
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	501
4	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	378
5	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	320
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	305
7	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	299
8	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	296
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	293
10	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	235

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	222
12	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	205
13	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	202
14	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	197
15	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	177
16	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	164
17	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	146
18	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	146
19	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	144
20	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	121
21	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	121
22	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	111
23	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	106
24	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	104
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	103
26	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	103

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	5-932.72	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	100
28	5-434.51	Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]: Laparoskopisch	98
29	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	81
30	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	78

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1550
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1328
3	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	852
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	733
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	531
6	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	501
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	372
8	5-511	Cholezystektomie	341
9	5-916	Temporäre Weichteildeckung	334
10	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	298
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	293
12	5-469	Andere Operationen am Darm	280
13	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	254

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	222
15	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	215
16	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	205
17	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	190
18	5-381	Endarteriektomie	182
19	8-190	Spezielle Verbandstechniken	177
20	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	159
21	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	157
22	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	157
23	5-470	Appendektomie	150
24	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	148
25	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	147
26	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	142
27	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	121
28	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	118
29	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	113
30	5-434	Atypische partielle Magenresektion	111

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische 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

#	Ambulanz	Leistung
9	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
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

#	Ambulanz	Leistung
22	Allgemein-, Visceral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgische Ambulanz	VC24 - Tumorchirurgie
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)	127
2	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	83
3	5-056.7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	67
4	5-640.0	Operationen am Präputium: Frenulotomie	56
5	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	54
6	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	50
7	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	49
8	5-624.4	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	41

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	38
10	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	32
11	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	31
12	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	26
13	5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	25
14	5-534.33	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	20
15	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	18
16	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	18
17	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	17
18	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	15
19	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	15
20	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	11
21	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	11
22	5-530.91	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	10
23	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	10
24	5-282.1	Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiell, transoral	10
25	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	9
26	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	9

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
27	5-385.9d	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvene	8
28	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	7
29	5-491.10	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Subkutan	6
30	5-491.0	Operative Behandlung von Analfisteln: Inzision (Spaltung)	6

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	166
2	5-640	Operationen am Präputium	150
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	146
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	73
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	67
6	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	55
7	5-624	Orchidopexie	50
8	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	37
9	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	26
10	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	23
11	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	23
12	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	17
13	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	16
14	5-469	Andere Operationen am Darm	15
15	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	14
16	5-200	Parazentese [Myringotomie]	14
17	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	11
18	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	10
19	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	10

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	7
21	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	6
22	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	6
23	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	5
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	5
25	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	4
26	5-625	Exploration bei Kryptorchismus	4
27	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
28	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
29	5-622	Orchidektomie	< 4
30	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 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	26,76	Fälle je VK/Person	122,683113
Beschäftigungsverhältnis	Mit 26,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	26,76

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		14,89	Fälle je VK/Person	220,483536
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,89

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie
2	AQ12 - Thoraxchirurgie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie
4	AQ09 - Kinderchirurgie (MWBO 2003)
5	AQ07 - Gefäßchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	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		40,47	Fälle je VK/Person	81,12182
Beschäftigungsverhältnis	Mit	40,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	40,47

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	5471,6665
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6
-----------------	-----------------	---	------------------	-----

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		7,93	Fälle je VK/Person	413,9975
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,93

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	3283
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

Gesamt		2,64	Fälle je VK/Person	1243,56055
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,64

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		15,34	Fälle je VK/Person	217,705566
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,26	Stationär	15,08

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 <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	<p>VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik</p> <p><i>Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung mit Endoprothetik der Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger-, Knie- & Hüftgelenke. Digitale OP-Planung, minimal-invasive, muskel- & knochenschonende Verfahren. Wechseloperationen bei Lockerung, Infektion oder periprothetischen Frakturen.</i></p>
2	<p>VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen</p> <p><i>24h Facharzttdienst Neurochirurgie, 24h CT- und MRT-Verfügbarkeit, interventionelle Radiologie</i></p>
3	<p>VC30 - Septische Knochenchirurgie</p> <p><i>Interdisziplinäre Behandlung von Infektionen der Knochen und Gelenke sowie von Endoprothesen, interdisziplinäres Extremitäten-Board, Verwendung moderner resorbierbarer keramischer Antibiotikaträger zur lokalen Infektionstherapie, Rekonstruktion sämtlicher Knochendefekte.</i></p>
4	<p>VC65 - Wirbelsäulenchirurgie</p> <p><i>24h Oberarzttdienst Wirbelsäulenchirurgie. Durchführung sämtlicher offener & minimal-invasiver Stabilisierungstechniken, dorsal, ventral, dorso-ventral. Spondylodesen an der HWS, BWS & LWS, Dekompression von Spinalkanal- & Neurforamenstenosen, Wirbelkörperersatz, Korrektur von Skoliosen/Verkrümmungen</i></p>
5	<p>VC66 - Arthroskopische Operationen</p> <p><i>Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie- und Sprunggelenksarthroskopien mit Behandlung von Knorpel-, Band-, Kapsel- und Mensikuspathologien.</i></p>
6	<p>VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens</p> <p><i>Zertifiziertes Überregionales Traumazentrum, 24h unfallchirurgischer & wirbelsäulenchirurgischer Oberarzttdienst, 24h CT- & MRT-Verfügbarkeit, sämtliche dorsale & ventrale Stabilisierungsverfahren an der Wirbelsäule, Wirbelkörperersatz, Rekonstruktion von Becken- & Acetabulumfrakturen. 3D-Bildgebung.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
7	<p>VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule</p> <p><i>Durchführung sämtlicher offener und minimal-invasiver Stabilisierungstechniken, dorsal, ventral, dorso-ventral. Spondylodesen an der HWS, BWS und LWS, Dekompression von Spinalkanal- und Neurforamenstenosen, Korrektur von angeborenen und erworbenen Skoliosen bzw. Wirbelsäulenverkrümmungen.</i></p>
8	<p>VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren</p> <p><i>Plastische Deckung tiefer Dekubitalgeschwüre mit lokalen Lappenplastiken und freiem Gewebetransfer (mikrovaskuläre Lappen, Nerven-, Knochen-, Knorpel-, Sehnen- und Hauttransplantation). Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie.</i></p>
9	<p>VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen</p> <p><i>Behandlung bei Osteomyelitis, Gelenkinfektionen, Infektionen bei einliegenden Implantaten oder Endoprothesen, Infektionen der Wirbelsäule (siehe auch VC30)</i></p>
10	<p>VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand</p> <p><i>Einsatz von Operationsmikroskopen und mikrochirurgische Techniken zur Naht von Nerven und Gefäßen, Replantation von Fingern, Arthroskopie des Handgelenkes, Stabilisierung von Frakturen</i></p>
11	<p>VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven</p> <p><i>Behandlung von Nervenengpassyndromen Ellenbogen- und Handgelenk sowie im Fußbereich.</i></p>
12	<p>VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses</p> <p><i>24h wirbelsäulenchirurgischer Oberarztendienst, 24h CT- und MRT-Verfügbarkeit. Dekompression und Stabilisierung bei sämtlichen Wirbelsäulenverletzungen und chronischen Wirbelsäulenerkrankungen, inklusive Querschnittssyndromen</i></p>
13	<p>VC71 - Notfallmedizin</p> <p><i>Zertifiziertes überregionales Traumazentrum, interdisziplinäres Schockraummanagement nach ATLS und ETC, REBOA, Notfallstabilisierung von Frakturen (Beckenzwingen, Splints, etc.)</i></p>
14	<p>VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe</p> <p><i>Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie</i></p>
15	<p>VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes</p> <p><i>Behandlung sämtlicher Verletzungen des Fußes und von Unfallfolgen. Intraoperative 3D-Bildgebung.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
16	<p>VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes</p> <p><i>Das gesamte Spektrum der Ellenbogenchirurgie mit Frakturstabilisierung, Bandnaht/-rekonstruktion, Arthroskopie und Ellenbogengelenksendoprothetik wird abgebildet.</i></p>
17	<p>VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken</p> <p><i>Arthroskopische Ersatzplastiken des vorderen und hinteren Kreuzbandes sowie Bandstabilisierung am Kniegelenk und der Kniescheibe, offene und arthroskopische Stabilisierung des Schulter- und Schulterergelenkes, des Ellenbogengelenkes und des Sprunggelenkes (Ca. 300 / Jahr)</i></p>
18	<p>VO16 - Handchirurgie</p> <p><i>Behandlung sämtlicher akuten Verletzungen, inkl. Amputationsverletzung. Einsatz von Operationsmikroskop & mikrochirurgischer Techniken. Handgelenksarthroskopie, Versteifung- & Teilversteifungsoperationen an den Finger- & Handwurzelgelenken. Finger-, Daumensattelgelenks- und Handgelenksendoprothetik.</i></p>
19	<p>VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels</p> <p><i>Das gesamte Spektrum der Kniechirurgie mit Frakturstabilisierung, Bandnaht/-rekonstruktion, Meniskus- und Knorpelchirurgie, Arthroskopie und Kniegelenksendoprothetik wird abgebildet. Intraoperative 3D-Bildgebung.</i></p>
20	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
21	<p>VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes</p> <p><i>Röntgen-, CT- und MRT-Diagnostik. Arthroskopische und offene Bandstabilisierung und -rekonstruktion (Rotatorenmanschette, AC-Gelenk, etc.), Stabilisierung bei Frakturen mit modernen Implantaten, Schulterendoprothetik.</i></p>
22	<p>VO19 - Schulterchirurgie</p> <p><i>Röntgen-, CT- und MRT-Diagnostik. Arthroskopische sowie offene Bandstabilisierung und -rekonstruktion (Rotatorenmanschette, AC-Gelenk, etc.), Stabilisierung bei Frakturen mit modernen Implantaten, Schulterendoprothetik</i></p>
23	<p>VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes</p> <p><i>24h neurochirurgischer Facharzt-dienst, 24h CT- und MRT-Verfügbarkeit</i></p>
24	VD20 - Wundheilungsstörungen
25	<p>VC58 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Allgemeine BG-Sprechstunde. Spezialsprechstunden: BG Heilverfahrenskontrolle, Handsprechstunde, kindertraumatologische Sprechstunde, Wirbelsäulensprechstunde</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
26	<i>Durchführung von minimal-invasiven Osteosynthesen und Hüftgelenkendoprothesen. Stabilisierung und ggf. Endoprothesenwechsel bei periprothetischen Frakturen am Femur und Acetabulum</i>
27	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
28	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie</i>
29	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>Sämtliche arthroskopische Eingriffe, die Endoskopien, endoskopische Karpaldachspaltung</i>
30	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
31	VC00 - („Sonstiges“) <i>Kindertraumatologie</i>
32	VC24 - Tumorchirurgie <i>Tumor-Endoprothetik mit Teil- oder Totalersatz von langen Röhrenknochen (z.B. Oberschenkelknochen), prophylaktische Stabilisierung bei drohenden pathologischen Frakturen, Stabilisierung und Dekompression von Wirbelsäulen- oder Beckenmetastasen, interdisziplinäres Tumorboard</i>
33	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax <i>Zertifiziertes Überregionales Traumazentrum mit 24h CT-Verfügbarkeit, Thorax- und Herzchirurgie</i>
34	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen <i>Denervierungsverfahren am Ellenbogen- und Handgelenk, minimal-invasive Infiltrationstherapie an der Wirbelsäule, Kooperation mit Schmerztherapie im Hause</i>
35	VC63 - Amputationschirurgie
36	VC69 - Verbrennungschirurgie <i>Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie</i>
37	VO15 - Fußchirurgie <i>Korrektur von angeborenen oder erworbenen Fehlstellung der Zehen, des Mittel- und Rückfußes. Versteifungsoperationen bei primären, posttraumatischen und sonstigen sekundären Arthrosen. Naht und Rekonstruktion von akuten, respektive chronischen Band- und Sehnenverletzungen und -instabilitäten</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
38	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie <i>Konservative und operative Therapie sämtlicher Sportverletzungen.</i>
39	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien <i>Interdisziplinäre Behandlung von Infektionen, stoffwechselbedingten und rheumatologischen Gelenkerkrankungen.</i>
40	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens <i>bzw. Skoliosen</i>
41	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens <i>Umfassende Wirbelsäulendiagnostik mit Röntgen, CT, MRT, Stufendiagnostik bei degenerativen Erkrankungen, gegebenenfalls PET-CT bei Verdachts auf Tumorerkrankungen. Sämtliche konservative und operative Behandlungsmöglichkeiten werden vorgehalten.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	3232
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	242
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	139
3	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	121
4	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	117
5	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	93
6	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	77
7	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	57

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
8	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	49
9	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	49
10	S20.2	Prellung des Thorax	43
11	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	43
12	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	42
13	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	40
14	S82.82	Trimalleolarfraktur	38
15	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	38
16	S32.1	Fraktur des Os sacrum	38
17	S32.5	Fraktur des Os pubis	33
18	L03.01	Phlegmone an Fingern	33
19	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	33
20	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	32
21	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	31
22	M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	30
23	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	27
24	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	25
25	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	25
26	M54.4	Lumboischialgie	24
27	S86.0	Verletzung der Achillessehne	24
28	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	23
29	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	23
30	M54.2	Zervikalneuralgie	23

B-[1600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	367
2	S72	Fraktur des Femurs	361
3	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	200
4	S52	Fraktur des Unterarmes	198
5	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	197
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	191
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	185
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	126
9	M48	Sonstige Spondylopathien	111
10	L03	Phlegmone	68
11	M54	Rückenschmerzen	58
12	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	53
13	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	43
14	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	43
15	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	43
16	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	43
17	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	39
18	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	30
19	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	29
20	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	29
21	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	28
22	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	28
23	M00	Eitrige Arthritis	26
24	S12	Fraktur im Bereich des Halses	26

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	26
26	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	26
27	M19	Sonstige Arthrose	24
28	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	22
29	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	21
30	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	21

B-[1600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2549
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	295
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	283
4	5-984	Mikrochirurgische Technik	282
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	266
6	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	186
7	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöchernen Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	174
8	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	162
9	5-033.0	Inzision des Spinalkanals: Dekompression	161
10	5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	154

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	153
12	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	148
13	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	131
14	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	124
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	123
16	5-835.d0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von allogenen Knochentransplantat: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	118
17	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	103
18	5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente	100
19	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	97
20	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	94
21	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	91
22	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöchernen Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	88
23	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	86
24	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	85
25	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	83
26	8-190.40	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage	75

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	74
28	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	71
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	71
30	5-839.0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung von Osteosynthesematerial	71

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2549
2	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	893
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	795
4	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	619
5	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	474
6	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	443
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	340
8	5-836	Spondylodese	327
9	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	320
10	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	298
11	5-984	Mikrochirurgische Technik	282
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	266
13	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	251
14	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	242

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	242
16	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	222
17	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	220
18	5-033	Inzision des Spinalkanals	177
19	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	176
20	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	175
21	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	155
22	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	155
23	5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	143
24	5-916	Temporäre Weichteildeckung	130
25	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	124
26	8-190	Spezielle Verbandstechniken	119
27	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	116
28	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	113
29	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	104
30	5-784	Knochen transplantation und -transposition	99

B-[1600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<p><i>Vorbereitung von stationären Aufenthalten sowie die Abklärung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen können ebenso erbracht werden wie die Nachbehandlung nach stationären Aufenthalten.</i></p>
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)	<p>Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz</p> <p><i>auf Überweisung durch Chirurgen, Orthopäden und Handchirurgen</i></p> <p><i>Durchführung von ambulanten Leistungen im Bereich der Wiederherstellungs- und Wirbelsäulenchirurgie, ambulante Nachbehandlung nach stationär durchgeführten Eingriffen im Bereich der Wiederherstellungs- und Wirbelsäulenchirurgie</i></p>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Schulterchirurgische Ambulanz
4	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	<p>BG-Sprechstunde</p> <p><i>Die Abteilung nimmt am berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren teil und ist berechtigt auch Schwerstverletzte im Rahmen des besonderen Heilverfahrens zu behandeln.</i></p>

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

#	Ambulanz	Leistung
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
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

#	Ambulanz	Leistung
17	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
18	Unfall-, Hand-, Wirbelsäule- und Wiederherstellungschirurgische Ambulanz	VO16 - Handchirurgie
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 - Wirbelsäulen Chirurgie

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	68
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	56
3	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	50
4	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	47

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
5	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	46
6	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	44
7	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	41
8	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	37
9	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	34
10	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	28
11	5-787.g6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius distal	24
12	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	24
13	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	22
14	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	22
15	5-787.03	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	20
16	5-790.25	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft	19
17	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	19
18	5-790.28	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	19
19	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	18
20	5-814.2	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation eines knöchernen Labrumabrisses (Bankart-Läsion)	17

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
21	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	17
22	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	17
23	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	16
24	5-787.g8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	15
25	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	15
26	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	15
27	5-787.3c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Phalangen Hand	14
28	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	14
29	1-697.3	Diagnostische Arthroskopie: Handgelenk	14
30	5-814.b	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Stabilisierung des Akromioklavikulargelenkes durch Fixationsverfahren	13

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	541
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	147
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	127
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	119
5	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	92
6	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	67
7	5-841	Operationen an Bändern der Hand	60

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	59
9	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	49
10	1-697	Diagnostische Arthroskopie	42
11	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	41
12	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	41
13	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	38
14	5-844	Operation an Gelenken der Hand	31
15	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	27
16	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	24
17	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	24
18	5-849	Andere Operationen an der Hand	22
19	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	18
20	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	14
21	5-846	Arthrodesse an Gelenken der Hand	13
22	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	12
23	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	11
24	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	10
25	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	10
26	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	9
27	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	8
28	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	8
29	5-819	Andere arthroskopische Operationen	6
30	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	5

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	23,76	Fälle je VK/Person	136,026932
Beschäftigungsverhältnis	Mit 23,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	23,76

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	12,34	Fälle je VK/Person	261,912476
Beschäftigungsverhältnis	Mit 12,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	12,34

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemein Chirurgie
3	AQ41 - Neurochirurgie
4	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	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[1600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		36,56	Fälle je VK/Person	88,40262
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,56

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

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	2154,66675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	4309,3335
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		9,99	Fälle je VK/Person	323,523529
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,99

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,91	Fälle je VK/Person	1692,14661
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,91

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

Gesamt		3,08	Fälle je VK/Person	1049,35071
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,08

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		16,32	Fälle je VK/Person	208,381683
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,81	Stationär	15,51

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP07 - Geriatrie
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP02 - Bobath
5	ZP03 - Diabetes
6	ZP01 - Basale Stimulation
7	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	<i>Arthroskopische Ersatzplastiken des vorderen und hinteren Kreuzbandes sowie Bandstabilisierung am Kniegelenk und der Kniescheibe, arthroskopische und offene Stabilisierung des Schulter- und Schulterreckgelenkes, des Ellenbogengelenkes und des Sprunggelenkes</i>
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	<i>Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung mit Endoprothetik der Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger- Knie- und Hüftgelenke. Digitale OP-Planung, minimal-invasive, muskel- und knochenschonende Verfahren. Wechseloperationen bei Lockerung, Infektion oder periprothetischen Frakturen.</i>
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
4	<i>Behandlung bei Osteomyelitis, Gelenkinfektionen, Infektionen bei einliegenden Implantaten oder Endoprothesen, Infektionen der Wirbelsäule (siehe auch VC30)</i>
5	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
6	<i>Sämtliche arthroskopische Eingriffe, die Endoskopien, endoskopische Karpaldachspaltung</i>
	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
7	<i>Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie</i>
	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
8	<i>24h Oberarztendienst Wirbelsäulenchirurgie. Durchführung sämtlicher offener & minimal-invasiver Stabilisierungstechniken, dorsal, ventral, dorso-ventral. Spondylodesen an der HWS, BWS & LWS, Dekompression von Spinalkanal- & Neurforamenstenosen, Wirbelkörperersatz, Korrektur von Skoliosen/Verkrümmungen</i>
	VC66 - Arthroskopische Operationen
9	<i>Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie- und Sprunggelenksarthroskopien mit Behandlung von Knorpel-, Band-, Kapsel- und Mensikuspathologien.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VD20 - Wundheilungsstörungen
11	<p>VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien</p> <p><i>Interdisziplinäre Behandlung von Infektionen, stoffwechselbedingten und rheumatologischen Gelenkerkrankungen. Korrekturosteotomien am Hüft- und Kniegelenk, gelenkerhaltende Eingriffe</i></p>
12	<p>VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit Rheumatologen (gemeinsamer Qualitäts-Zirkel)</i></p>
13	<p>VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien</p> <p><i>Konservative und interventionelle Schmerztherapie, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Schmerztherapeuten und Rheumatologen</i></p>
14	<p>VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Umfassende Wirbelsäulendiagnostik mit Röntgen, CT, MRT, Stufendiagnostik bei degenerativen Erkrankungen, gegebenenfalls PET-CT bei Verdachts auf Tumorerkrankungen. Sämtliche konservative und operative Behandlungsmöglichkeiten werden vorgehalten.</i></p>
15	<p>VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit Neurologen und Rheumatologen (gemeinsamer Qualitäts-Zirkel)</i></p>
16	<p>VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen</p> <p><i>Konservative und operative Therapie sämtlicher Sehnenkrankung, Stoßwelle, Infiltrationstherapie, offene und endoskopische operative Verfahren, Sehnenersatz und-Transposition. interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Rheumatologen und Handchirurgen.</i></p>
17	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
18	<p>VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien</p> <p><i>Arthroskopische und offene gelenkerhaltende Operationen, Achskorrekturen und Osteotomien, regenerative matrixinduzierte Knorpeltherapie und Knorpelersatzverfahren.</i></p>
19	<p>VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</p> <p><i>Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie mit Neurologen und Rheumatologen.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
20	<p>VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane</p> <p><i>Umfangreiche Diagnostikmöglichkeiten CT, MRT, PET-CT. Tumor-Endoprothetik mit Teil- oder Totalersatz von langen Röhrenknochen, prophylaktische Stabilisierung bei drohenden pathologischen Frakturen, Stabilisierung & Dekompression von Wirbelsäulen- oder Beckenmetastasen, interdisziplinäres Tumorboard.</i></p>
21	<p>VO12 - Kinderorthopädie</p> <p><i>Kinderorthopädische Sprechstunde, Sprechstunde und Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum, Behandlung von Kindern mit neuromuskulären Erkrankungen. Kinderorthopädische Korrektur- und wachstumssenkende Operationen des Bewegungsapparates, operativen Behandlungen von Skoliosen & Hüftgelenk.</i></p>
22	<p>VO14 - Endoprothetik</p> <p><i>Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung mit Endoprothetik der Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger- Knie- und Hüftgelenke. Digitale OP-Planung, minimal-invasive, muskel- und knochenschonende Verfahren. Wechseloperationen bei Lockerung, Infektion oder periprothetischen Frakturen.</i></p>
23	<p>VO15 - Fußchirurgie</p> <p><i>Korrektur von angeborenen oder erworbenen Fehlstellung der Zehen, des Mittel- und Rückfußes. Versteifungsoperationen bei primären, posttraumatischen und sonstigen sekundären Arthrosen. Naht und Rekonstruktion von akuten, respektive chronischen Band- und Sehnenverletzungen und -instabilitäten</i></p>
24	<p>VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie</p> <p><i>Konservative und interventionelle Schmerztherapie mit Bildwandler gestützter Infiltrationstherapie, Stufendiagnostik. Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Schmerztherapeuten und physikalische Therapie.</i></p>
25	<p>VO19 - Schulterchirurgie</p> <p><i>Arthroskopische sowie offene Bandstabilisierung und -rekonstruktion (Rotatorenmanschette, AC-Gelenk, etc.), Sehnen- und Knorpelchirurgie der Schulter, Schulterendoprothetik und Wechseloperationen bei Schulterendoprothesen</i></p>
26	<p>VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie</p> <p><i>Konservative und operative Therapie sämtlicher Sportverletzungen.</i></p>
27	<p>VC24 - Tumorchirurgie</p> <p><i>Tumor-Endoprothetik mit Teil- oder Totalersatz von langen Röhrenknochen (z.B. Oberschenkelknochen), prophylaktische Stabilisierung bei drohenden pathologischen Frakturen, Stabilisierung und Dekompression von Wirbelsäulen- oder Beckenmetastasen, interdisziplinäres Tumorboard</i></p>
28	<p>VO21 - Traumatologie</p>

#	Medizinische Leistungsangebote
29	<p>VC30 - Septische Knochenchirurgie</p> <p><i>Interdisziplinäre Behandlung von Infektionen der Knochen und Gelenke sowie von Endoprothesen, interdisziplinäres Extremitäten-Board, Verwendung moderner resorbierbarer keramischer Antibiotikaträger zur lokalen Infektionstherapie, Rekonstruktion sämtlicher Knochendefekte.</i></p>
30	<p>VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen</p> <p><i>Denervierungsverfahren am Ellenbogen- und Handgelenk, minimal-invasive Infiltrationstherapie an der Wirbelsäule, Kooperation mit Schmerztherapie im Hause</i></p>
31	<p>VC58 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Spezialsprechstunden für Endoprothetik und Wechselendoprothetik, Kinderorthopädie, Fußchirurgie, Wirbelsäule. Rheumatologie im Rahmen der allgemeinen Sprechstunde</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl	1913
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M54.4	Lumboischialgie	481
2	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	200
3	M54.5	Kreuzschmerz	169
4	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	146
5	M54.2	Zervikalneuralgie	54
6	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	50
7	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	50
8	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	48
9	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	43

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
10	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	38
11	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	28
12	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	27
13	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	24
14	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	24
15	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	23
16	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	18
17	M24.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk]	17
18	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	16
19	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	14
20	M20.1	Hallux valgus (erworben)	13
21	M87.05	Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	13
22	M19.21	Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	12
23	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	12
24	M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	11
25	M21.16	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	10
26	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	9
27	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	8
28	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	8

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
29	M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus	7
30	M21.06	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7

B-[2300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	737
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	294
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	246
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	58
5	M00	Eitrige Arthritis	51
6	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	47
7	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	43
8	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	40
9	M48	Sonstige Spondylopathien	33
10	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	33
11	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	27
12	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	22
13	M75	Schulterläsionen	22
14	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	20
15	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	20
16	M87	Knochennekrose	17
17	M19	Sonstige Arthrose	17
18	M47	Spondylose	15

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	14
20	M22	Krankheiten der Patella	12
21	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	12
22	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	9
23	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	8
24	M10	Gicht	7
25	M93	Sonstige Osteochondropathien	6
26	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	5
27	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	5
28	L03	Phlegmone	4
29	G58	Sonstige Mononeuropathien	4
30	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	4

B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	633
2	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	494
3	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	406
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	378
5	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	327

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	8-917.1x	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	262
7	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	243
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	171
9	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	126
10	5-800.ag	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk	119
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	100
12	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	79
13	8-650	Elektrotherapie	78
14	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	77
15	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	74
16	5-800.ah	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Kniegelenk	68
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	55
18	5-86a.4	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte intraoperative biomechanische Ausrichtung des Implantates	40
19	8-914.10	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Halswirbelsäule	38
20	5-800.3g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Hüftgelenk	38
21	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	37
22	5-800.1g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Hüftgelenk	37
23	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	32

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	27
25	5-800.1h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	27
26	8-917.11	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Halswirbelsäule	24
27	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	22
28	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert	22
29	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	21
30	5-829.k1	Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke	21

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	710
2	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	633
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	494
4	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	445
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	378
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	347
7	5-986	Minimalinvasive Technik	327
8	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	308
9	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	244
10	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	164

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
11	8-650	Elektrotherapie	78
12	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	67
13	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	59
14	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	59
15	8-020	Therapeutische Injektion	56
16	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	52
17	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	49
18	5-786	Osteosyntheseverfahren	48
19	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	45
20	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	43
21	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	40
22	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	37
23	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	35
24	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	33
25	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	26
26	5-784	Knochen transplantation und -transposition	22
27	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	22
28	5-984	Mikrochirurgische Technik	21
29	5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	21
30	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	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
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

#	Ambulanz	Leistung
13	Orthopädische Ambulanz	VO19 - Schulterchirurgie
14	Orthopädische Ambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
15	Orthopädische Ambulanz	VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie

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	32
2	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	26
3	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	22
4	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	19
5	5-787.1t	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Kalkaneus	15
6	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	12
7	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	11
8	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	8
9	5-787.1h	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femur distal	8
10	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidgelenk	7

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	7
12	5-787.eh	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Femur distal	6
13	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	6
14	5-787.ek	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Tibia proximal	5
15	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	5
16	5-800.6r	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Zehengelenk	4
17	5-787.1k	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal	4
18	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	4
19	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	4
20	5-806.5	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des lateralen Bandapparates mit Periostlappen oder ortsständigem Gewebe [Broström-Gould]	4
21	5-811.2k	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk	< 4
22	5-810.2h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	< 4
23	5-811.2t	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Ellenbogengelenk n.n.bez.	< 4
24	5-787.1f	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femur proximal	< 4
25	5-787.kk	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia proximal	< 4
26	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
27	5-859.18	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie	< 4
28	5-787.1u	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tarsale	< 4
29	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	< 4
30	5-787.0d	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Becken	< 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	72
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	64
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	48
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	32
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	21
6	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	8
7	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	7
8	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	6
9	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	6
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	6
11	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5
12	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
13	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
14	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	4
15	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
17	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
18	5-853	Rekonstruktion von Muskeln	< 4
19	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
20	5-808	Offen chirurgische Arthrodeese	< 4
21	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
22	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
23	5-819	Andere arthroskopische Operationen	< 4
24	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	< 4
25	5-846	Arthrodeese an Gelenken der Hand	< 4
26	1-482	Arthroskopische Biopsie an Gelenken	< 4
27	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
28	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4

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

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

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	8,1	Fälle je VK/Person	236,172836
--------	-----	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,1

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,17	Fälle je VK/Person	370,019348
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,17

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	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
2	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF44 - Sportmedizin
5	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt		37	Fälle je VK/Person	51,7027
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1913
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,34	Fälle je VK/Person	817,5214
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,34

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

Gesamt		0,77	Fälle je VK/Person	2484,41577
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,77

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,1	Fälle je VK/Person	248,441559
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	7,7

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	<p>VC01 - Koronarchirurgie</p> <p><i>Große Expertise im Bereich von Koronaroperationen mit und ohne Herz-Lungen-Maschine. Häufige Verwendung beider Brustwandarterien und total arterielle Revaskularisationen.</i></p>
2	<p>VC03 - Herzklappenchirurgie</p> <p><i>Große Expertise im Bereich rekonstruktiver Klappenchirurgie, sowohl auf dem Gebiet der minimal invasiven Mitralklappenchirurgie als auch auf dem Gebiet der Aortenklappenrekonstruktion.</i></p>
3	<p>VA00 - („Sonstiges“): EVH</p> <p><i>Routinemäßige, endoskopische Venenentnahme bei Koronarby-pass-Operationen, Referenzzentrum</i></p>
4	<p>VC00 - („Sonstiges“)</p> <p><i>auf diesem Gebiet enge Zusammenarbeit mit inhäusiger Gefäßchirurgie und interventioneller Radiologie im Gefäßzentrum</i></p>
5	<p>VC04 - Chirurgie der angeborenen Herzfehler</p> <p><i>Hier geht es z.B. um Vorhofseptumdefekte, Ventrikelseptumdefekte, offenen Ductus arteriosus Botalli, perforierte Sinus Valsalvae Aneurysmen bei Erwachsenen</i></p>
6	<p>VC02 - Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur</p>
7	<p>VC00 - („Sonstiges“)</p> <p><i>Veno-arterielle und veno-venöse ECMO-Therapie, Impella-Therapie</i></p>
8	<p>VC16 - Aortenaneurysmachirurgie</p> <p><i>Thorakale Aorteneingriffe mit komplexer Aortenbogenchirurgie</i></p>
9	<p>VC05 - Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Referenzzentrum für die umliegenden Kliniken</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VC06 - Defibrillatoreingriffe <i>Referenzzentrum für die umliegenden Kliniken</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	815
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	129
2	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	88
3	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	86
4	I35.0	Aortenklappenstenose	83
5	I20.0	Instabile Angina pectoris	36
6	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	36
7	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	29
8	I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	26
9	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	26
10	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	19
11	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	16
12	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	15
13	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	14
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	13
15	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	13

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
16	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	12
17	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	12
18	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
19	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	9
20	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	8
21	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	8
22	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	7
23	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	7
24	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	7
25	I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	6
26	I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	6
27	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	6
28	T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	5
29	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	5
30	I25.14	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes	5

B-[2100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	168
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	120
3	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	111
4	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	96

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	45
6	I20	Angina pectoris	44
7	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	43
8	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	36
9	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	31
10	I33	Akute und subakute Endokarditis	26
11	I50	Herzinsuffizienz	14
12	I42	Kardiomyopathie	11
13	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	8
14	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	8
15	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	7
16	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	5
17	I47	Paroxysmale Tachykardie	5
18	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	4
19	R55	Synkope und Kollaps	4
20	A41	Sonstige Sepsis	< 4
21	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	< 4
22	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	< 4
23	J86	Pyothorax	< 4
24	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	< 4
25	K65	Peritonitis	< 4
26	S21	Offene Wunde des Thorax	< 4
27	A40	Streptokokkensepsis	< 4
28	D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	< 4
29	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4

B-[2100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	618
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	596
3	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	573
4	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	399
5	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	310
6	8-923.1	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung: Nicht invasiv	255
7	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	225
8	5-38b.a5	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	224
9	5-38b.a6	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	204
10	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	197
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	166
12	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	126

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	123
14	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	117
15	5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	116
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	107
17	5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	95
18	5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	94
19	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	93
20	8-701	Einfache endotracheale Intubation	88
21	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	83
22	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	78
23	5-354.12	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln	78
24	5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	76
25	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	75
26	8-851.11	Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine): Mit milder Hypothermie (32 bis 35 °C): Mit intraaortaler Ballonokklusion	74
27	5-98c.6	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Knotenersatzverfahren mit Clip-Fixierung	69
28	5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	64

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-361.13	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien	60
30	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	60

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	823
2	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	602
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	596
4	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	574
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	537
6	5-38b	Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation	488
7	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	390
8	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	312
9	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	310
10	8-923	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	255
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	166
12	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	164
13	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	153
14	5-353	Valvuloplastik	148
15	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	139

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-341	Inzision des Mediastinums	131
17	5-986	Minimalinvasive Technik	126
18	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	117
19	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	107
20	5-354	Andere Operationen an Herzklappen	104
21	8-851	Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)	102
22	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	98
23	5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	94
24	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	93
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	88
26	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	79
27	9-984	Pflegebedürftigkeit	76
28	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	69
29	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	59
30	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	57

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	35
2	5-378.5f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	9
3	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	9
4	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	7
5	5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	5
6	5-378.5d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	< 4
7	5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	< 4
8	5-378.5c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-378.5e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	< 4
10	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
11	5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	< 4
12	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	< 4
13	5-378.5a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	< 4
14	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
15	5-378.42	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
16	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
17	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	< 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	66
2	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	15
3	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4

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	13,04	Fälle je VK/Person	62,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit 13,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	13,04

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	8,21	Fälle je VK/Person	99,26918
Beschäftigungsverhältnis	Mit 8,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	8,21

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	35,59	Fälle je VK/Person	22,89969
Beschäftigungsverhältnis	Mit 35,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	35,59

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt	6,75	Fälle je VK/Person	120,740738
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,75

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

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	815
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	3,93	Fälle je VK/Person	218,498657
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,2	Stationär	3,73

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
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ18 - Pflege in der Endoskopie

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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

#	Medizinische Leistungsangebote
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	6093
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	1857
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	495
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	343
4	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	292
5	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	234
6	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	172
7	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	150
8	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	138
9	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	128
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	91
11	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	82
12	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	64
13	O48	Übertragene Schwangerschaft	64
14	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	60
15	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	55

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
16	O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	53
17	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	52
18	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	43
19	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	41
20	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	38
21	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	36
22	O00.1	Tubargravidität	36
23	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	33
24	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	33
25	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	33
26	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	33
27	N80.1	Endometriose des Ovars	32
28	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	29
29	Z39.0	Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung	29
30	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	26

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1885
2	O70	Dammriss unter der Geburt	655
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	495
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	290
5	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	207

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	203
7	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	168
8	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	156
9	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	128
10	N81	Genitalprolaps bei der Frau	114
11	D25	Leiomyom des Uterus	95
12	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	94
13	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	91
14	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	73
15	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	70
16	N80	Endometriose	67
17	O48	Übertragene Schwangerschaft	64
18	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	58
19	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	54
20	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	51
21	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	43
22	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	41
23	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	40
24	O00	Extrauterin gravidität	39
25	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	35
26	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	34
27	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	33
28	O14	Präeklampsie	31

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
29	O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	31
30	O90	Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert	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	1709
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	1218
3	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	561
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	520
5	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	403
6	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	370
7	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	305
8	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	287
9	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	282
10	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	273
11	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	255
12	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	178
13	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	160
14	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	123
15	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	121
16	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	120
17	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	118
18	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	117
19	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	103

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	100
21	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	97
22	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	94
23	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	90
24	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	84
25	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	82
26	5-704.4e	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	81
27	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	68
28	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	64
29	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	50
30	5-683.20	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)	50

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1996
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	1218

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	1084
4	5-740	Klassische Sectio caesarea	658
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	520
6	3-100	Mammographie	465
7	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	291
8	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	273
9	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	273
10	5-749	Andere Sectio caesarea	257
11	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	211
12	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	178
13	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	158
14	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	134
15	5-728	Vakuumentbindung	129
16	5-653	Salpingoovariektomie	122
17	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	122
18	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	120
19	5-738	Episiotomie und Naht	118
20	9-984	Pflegebedürftigkeit	91
21	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	90
22	5-661	Salpingektomie	80
23	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	77
24	5-469	Andere Operationen am Darm	76
25	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	67
26	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	62
27	8-510	Manipulation am Fetus vor der Geburt	58
28	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	49

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	46
30	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	44

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 Geburt 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

#	Ambulanz	Leistung
3	Geburtshilfliche Ambulanz	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
4	Geburtshilfliche Ambulanz	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
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	464
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	348
3	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	190

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
4	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	183
5	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	106
6	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	81
7	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	67
8	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	40
9	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	32
10	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	29
11	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	25
12	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	23
13	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	22
14	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	15
15	5-681.51	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Laserablation	15
16	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	15
17	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	13
18	5-701.0	Inzision der Vagina: Hymenotomie	13
19	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	12
20	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	10
21	5-870.20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	10

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
22	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	10
23	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	9
24	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	8
25	5-663.52	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	8
26	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumbiopsie: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	5
27	5-712.12	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Destruktion: Laserkoagulation	4
28	5-681.82	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
29	5-711.0	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Inzision	< 4
30	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 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	465
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	348
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	289
4	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	230
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	133

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	81
7	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	47
8	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	33
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	29
10	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	28
11	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	18
12	5-881	Inzision der Mamma	15
13	5-701	Inzision der Vagina	13
14	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	13
15	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	13
16	5-653	Salpingoovariektomie	12
17	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	10
18	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	< 4
19	1-501	Biopsie der Mamma durch Inzision	< 4
20	5-661	Salpingektomie	< 4
21	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
22	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
23	5-879	Andere Exzision und Resektion der Mamma	< 4
24	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
25	5-652	Ovariectomie	< 4
26	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
28	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
29	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
30	5-659	Andere Operationen am Ovar	< 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	22,59	Fälle je VK/Person	311,026031
Beschäftigungsverhältnis	Mit 22,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 3	Stationär	19,59

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	10,27	Fälle je VK/Person	686,922241
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,4	Stationär	8,87

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

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

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF10 - Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt		25,89	Fälle je VK/Person	235,341843
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	25,89

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

Gesamt		16,96	Fälle je VK/Person	359,25708
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,96

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,25	Fälle je VK/Person	2708
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,25

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

Gesamt		1,61	Fälle je VK/Person	3784,472
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,61

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	7616,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,18	Fälle je VK/Person	703,5797
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,52	Stationär	8,66

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
3	ZP01 - Basale Stimulation

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	119
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	11
2	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	5
3	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	4
4	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
5	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4
6	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	< 4
7	I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	< 4
8	S12.1	Fraktur des 2. Halswirbels	< 4
9	A41.52	Sepsis: Pseudomonas	< 4
10	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
11	A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken	< 4
12	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
14	I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	< 4
15	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	< 4
16	S30.1	Prellung der Bauchdecke	< 4
17	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	< 4
18	S51.9	Offene Wunde des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet	< 4
19	S55.2	Verletzung von Venen in Höhe des Unterarmes	< 4
20	S45.0	Verletzung der A. axillaris	< 4
21	N76.80	Fournier-Gangrän bei der Frau	< 4
22	S02.1	Schädelbasisfraktur	< 4
23	S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom	< 4
24	S51.80	Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Unterarmes	< 4
25	S71.1	Offene Wunde des Oberschenkels	< 4
26	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	< 4
27	S32.5	Fraktur des Os pubis	< 4
28	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	< 4
29	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	< 4
30	S68.9	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand, Höhe nicht näher bezeichnet	< 4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	16
2	A41	Sonstige Sepsis	7

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	S72	Fraktur des Femurs	6
4	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	5
5	I61	Intrazerebrale Blutung	5
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	4
7	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	4
8	I63	Hirninfarkt	< 4
9	I60	Subarachnoidalblutung	< 4
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
11	A40	Streptokokkensepsis	< 4
12	S12	Fraktur im Bereich des Halses	< 4
13	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
14	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	< 4
15	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
16	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
17	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	< 4
18	S51	Offene Wunde des Unterarmes	< 4
19	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
20	I70	Atherosklerose	< 4
21	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
22	K57	Divertikulose des Darmes	< 4
23	G41	Status epilepticus	< 4
24	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	< 4
26	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
27	I50	Herzinsuffizienz	< 4
28	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	< 4
29	G06	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome	< 4
30	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	< 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	1031
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	649
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	517
4	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	248
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	116
6	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	96
7	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	90
8	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	73
9	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	71
10	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	68

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	56
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	56
13	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	50
14	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	49
15	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	49
16	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	48
17	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	46
18	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	42
19	8-821.30	Adsorption und verwandte Verfahren: Hämo-perfusion [Vollblut-Adsorption]: Selektiv, zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	42
20	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	38
21	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	36
22	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	36
23	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	34
24	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	29
25	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	29
26	8-812.61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 6 TE bis unter 11 TE	28

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	8-836.0e	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	27
28	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	26
29	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	24
30	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	23

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	1031
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	649
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	609
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	375
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	287
6	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	174
7	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	160
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	116
9	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	96
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	92
11	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	91
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	82
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	73
14	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	68

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	68
16	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	68
17	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	64
18	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	63
19	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	56
20	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	54
21	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	49
22	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	44
23	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	42
24	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	42
25	8-190	Spezielle Verbandstechniken	39
26	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	36
27	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	36
28	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	36
29	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	32
30	5-311	Temporäre Tracheostomie	31

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	52,86	Fälle je VK/Person	2,25123
--------	-------	--------------------	---------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	52,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	52,86

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		32,48	Fälle je VK/Person	3,66379
Beschäftigungsverhältnis	Mit	32,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	32,48

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
5	ZF69 - Transplantationsmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt		56,9	Fälle je VK/Person	2,09139
Beschäftigungsverhältnis	Mit	56,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	56,9

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	119
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		5,25	Fälle je VK/Person	22,66667
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,25

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	119
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,09	Fälle je VK/Person	23,37917
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,09

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 <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	150

B-[3753].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	150

B-[3753].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F45	Somatoforme Störungen	150

B-[3753].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	109

B-[3753].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c.10	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei übende oder sonstige Verfahren	296
2	8-91c.12	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	265
3	8-91c.11	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	220
4	8-91c.20	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr übende oder sonstige Verfahren	121
5	8-91c.21	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	119
6	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	88
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.	46
8	8-91c.00	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei übende oder sonstige Verfahren	37
9	8-91c.22	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	16

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
10	8-91c.02	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	13

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	1133
2	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	88

B-[3753].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3753].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatsprechstunde für chronisch schmerzkranken 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 <i>Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie</i>

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
16	VI39 - Physikalische Therapie
17	VN24 - Stroke Unit
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	2608
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	356

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	288
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	209
4	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	204
5	H81.2	Neuropathia vestibularis	98
6	R42	Schwindel und Taumel	76
7	R51	Kopfschmerz	73
8	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	67
9	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	37
10	G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	33
11	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	32
12	R20.1	Hypästhesie der Haut	30
13	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	30
14	G61.8	Sonstige Polyneuritiden	29
15	R55	Synkope und Kollaps	27
16	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	26
17	G70.0	Myasthenia gravis	24
18	R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut	23
19	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	21
20	G03.0	Nichteitrige Meningitis	21
21	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	18
22	B02.3	Zoster ophthalmicus	17
23	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	17

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
24	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	16
25	R20.2	Parästhesie der Haut	16
26	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	16
27	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	16
28	H81.0	Ménière-Krankheit	16
29	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	16
30	G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	14

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	646
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	250
3	G40	Epilepsie	231
4	H81	Störungen der Vestibularfunktion	182
5	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	77
6	R42	Schwindel und Taumel	76
7	R51	Kopfschmerz	73
8	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	69
9	I61	Intrazerebrale Blutung	44
10	G43	Migräne	43
11	G61	Polyneuritis	37
12	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	35
13	G41	Status epilepticus	34
14	B02	Zoster [Herpes zoster]	33
15	R41	Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen	27
16	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	27

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	R55	Synkope und Kollaps	27
18	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	24
19	H53	Sehstörungen	22
20	G03	Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	21
21	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	20
22	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	19
23	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	17
24	G91	Hydrozephalus	17
25	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	16
26	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	16
27	G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	15
28	H49	Strabismus paralyticus	14
29	G62	Sonstige Polyneuropathien	14
30	E86	Volumenmangel	13

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3865
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2087
3	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1324
4	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	409

#	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	297
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	250
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	226
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	217
9	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	201
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	199
11	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	167
12	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	159
13	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolysse	146
14	1-206	Neurographie	143
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	142
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	141
17	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	141
18	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystemes: Resorbierbare Plugs mit Anker	106
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	97
20	1-205	Elektromyographie [EMG]	95
21	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	90

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	82
23	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	79
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	71
25	8-83b.87	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter	59
26	8-821.43	Adsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, weitere Anwendung	49
27	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	46
28	8-83b.84	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Stentretriever-System	41
29	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	40
30	8-821.40	Adsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit nicht wiederverwendbarem und nicht regenerierbarem Adsorber	38

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3865
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2087
3	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1357
4	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	857
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	650

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	410
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	369
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	258
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	226
10	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	159
11	8-020	Therapeutische Injektion	150
12	1-206	Neurographie	143
13	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	142
14	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	141
15	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	141
16	1-205	Elektromyographie [EMG]	95
17	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	91
18	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	82
19	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	72
20	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	47
21	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	39
22	5-381	Endarteriektomie	35
23	8-84d	(Perkutan-)transluminale Implantation von aus Einzeldrähten verwobenen Nitinolstents	33
24	8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	31
25	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	30
26	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	26
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	26
28	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	24
29	3-991	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	24

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	8-84e	(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents mit Embolieprotektion bei Stenosen	20

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

#	Ambulanz	Leistung
11	AM07	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
12	AM07	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	< 4
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4

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	17,06	Fälle je VK/Person	152,872223
Beschäftigungsverhältnis	Mit 17,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	17,06

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7,7	Fälle je VK/Person	347,733337
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,2	Stationär	7,5

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	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	47,64	Fälle je VK/Person	54,74391
Beschäftigungsverhältnis	Mit 47,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	47,64

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	6	Fälle je VK/Person	434,666656
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt	3,61	Fälle je VK/Person	722,4377
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,61

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	1,73	Fälle je VK/Person	1507,5144
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,73

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

Gesamt	1,32	Fälle je VK/Person	1975,75745
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,32

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,02	Fälle je VK/Person	331,8066
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,16	Stationär	7,86

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	PQ12 - Notfallpflege
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP29 - Stroke Unit Care
2	ZP24 - Deeskalationstraining <i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>
3	ZP02 - Bobath
4	ZP01 - Basale Stimulation
5	ZP33 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Chest Pain Unit
6	ZP08 - Kinästhetik

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Sämtliche konventionellen Röntgenaufnahmen, überwiegend als Direktradiographie.</i></p> <p>VR15 - Arteriographie</p>
2	<p><i>Es werden sämtliche gefäßeröffnende und gefäßverschießende Behandlungsmethoden (Ballonaufdehnung, Stents, Gefäßprothesen, Embolisationen) angewendet. Selbst Aussackungen der Brust- oder Bauchschlagader werden durch Prothesen behandelt.</i></p>
3	<p>VR04 - Duplexsonographie</p> <p><i>Moderner, digitaler Ultraschall mit Impedanzmessungen, Kontrastultraschall sowie Möglichkeiten zur Bildfusion. Alle Verfahren der ultraschallgesteuerten Interventionen einschließlich Mammabiopsien und -markierungen.</i></p> <p>VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung</p>
4	<p><i>Wir verfügen über modernste Bildnachbearbeitungssysteme, die auch eine virtuelle Darstellung der Herzkranzgefäße oder des Darms ermöglichen.</i></p>
5	<p>VR10 - Computertomographie (CT), nativ</p> <p>VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p>
6	<p><i>Zwei 128-Zeilen CT mit iterativer Rekonstruktion (strahlensparende Technik). Alle Verfahren der interventionellen CT inkl. Thermoablationen, Drainagen und Biopsien aller Körperregionen.</i></p>
7	<p>VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p>VR41 - Interventionelle Radiologie</p>
8	<p><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></p>

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	keine bettenführende Abteilung, Leistungserbringung in enger Kooperation mit den Fachabteilungen, insbesondere mit der Neurologie, u.a. Interventionen an intra- u. extrakraniellen, hirnversorgenden Gefäßen bei Schlaganfall, als auch der Gefäßchirurgie.

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	35123
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	21907
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	18689
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	18686
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	15063
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	8106
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	7646
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	5535
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	5030
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	3467
11	3-202	Native Computertomographie des Thorax	3466
12	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3341
13	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	3120
14	3-224.30	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]	3029
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	2122
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	2069
17	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	2062
18	3-80x	Andere native Magnetresonanztomographie	1605
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1341
20	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	1186
21	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	939

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	820
23	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	724
24	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	523
25	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	366
26	3-201	Native Computertomographie des Halses	327
27	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	304
28	3-843.0	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	285
29	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	251
30	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	249

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	35123
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	21907
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	18689
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	18686
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	15063
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	8106
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	7646
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	5535
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	5030
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	3467
11	3-202	Native Computertomographie des Thorax	3466

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
12	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3341
13	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	3185
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	3120
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	2122
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	2069
17	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	2062
18	3-80x	Andere native Magnetresonanztomographie	1605
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1341
20	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	1186
21	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	939
22	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	820
23	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	724
24	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	523
25	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	366
26	3-201	Native Computertomographie des Halses	327
27	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	304
28	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	285
29	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	251
30	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	249

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)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM06	LK01 - CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	9
2	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	7
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	6
4	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
5	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	< 4
6	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
7	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	< 4
8	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	< 4
9	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4
10	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 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	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	9
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	6
4	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
5	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
7	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	< 4
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 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		22,68	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,68

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,15	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär	8,15

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 Bettenführende Abteilung
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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	<p>VI42 - Transfusionsmedizin</p> <p><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></p>

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

Keine bettenführende Abteilung.

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	8229
2	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	1011
3	8-800.f0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat	626
4	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	518
5	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	509
6	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	433
7	8-810.j5	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 2,0 g bis unter 3,0 g	311
8	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE	304
9	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	300
10	8-812.61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 6 TE bis unter 11 TE	218
11	8-800.f1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	217

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
12	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	207
13	8-800.c3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE	185
14	8-812.50	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE	181
15	8-812.52	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE	142
16	8-800.f2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	126
17	8-810.j9	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 6,0 g bis unter 7,0 g	109
18	8-810.e8	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII: 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten	105
19	8-812.62	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 11 TE bis unter 21 TE	104
20	8-800.f3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	89
21	8-800.g2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 3 Thrombozytenkonzentrate	89
22	8-810.j6	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 3,0 g bis unter 4,0 g	71

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	8-812.53	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 3.500 IE bis unter 4.500 IE	70
24	8-800.c4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE	67
25	8-812.64	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 31 TE oder mehr	64
26	8-800.g3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 4 Thrombozytenkonzentrate	58
27	8-810.wb	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 105 g bis unter 125 g	54
28	8-810.jb	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 8,0 g bis unter 9,0 g	53
29	8-800.f5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	52
30	8-810.e9	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII: 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten	52

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	12082
2	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	1882
3	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	1619

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	1,83	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,83

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	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		8,68	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,68

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

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>

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	VR18 - Szintigraphie
11	VR17 - Lymphographie
12	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
13	VR02 - Native Sonographie Schilddrüse
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	90
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	27
2	E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	27
3	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	25
4	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	6
5	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	< 4
6	E04.0	Nichttoxische diffuse Struma	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	E01.1	Jodmangelbedingte mehrknotige Struma (endemisch)	< 4
8	E04.8	Sonstige näher bezeichnete nichttoxische Struma	< 4

B-[3200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	58
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	27
3	E04	Sonstige nichttoxische Struma	4
4	E01	Jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen und verwandte Zustände	< 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	260
2	3-722.2	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge: Perfusions- und Ventilations-Single-Photon-Emissionscomputertomographie	113
3	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	107
4	3-724.0	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie: Knochen	31
5	3-731	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Herzens	29
6	3-73x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)	25

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
7	3-70c.01	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	23
8	3-724.x	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie: Sonstige	21
9	3-70b.0	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden: Radiojod-2-Phasentest	19
10	3-721.01	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie in Ruhe: Mit EKG-Triggerung	19
11	3-752.0	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur	17
12	3-721.21	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie unter pharmakologischer Belastung: Mit EKG-Triggerung	17
13	3-722.0	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge: Perfusions-Single-Photon-Emissionscomputertomographie	13
14	3-705.1	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Mehr-Phasen-Szintigraphie	11
15	3-721.11	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie unter physischer Belastung: Mit EKG-Triggerung	5
16	3-722.1	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge: Ventilations-Single-Photon-Emissionscomputertomographie	< 4
17	3-70c.00	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	< 4
18	3-709.01	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Mit Gabe von radioaktiv markierten rezeptorgerichteten Substanzen	< 4
19	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	< 4
20	3-703.2	Szintigraphie der Lunge: Perfusions- und Ventilationsszintigraphie	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	3-703.0	Szintigraphie der Lunge: Perfusionsszintigraphie	< 4
22	3-721.00	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie in Ruhe: Ohne EKG-Triggerung	< 4
23	3-752.1	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes: Mit diagnostischer Computertomographie	< 4
24	3-70d.x	Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Sonstige	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	271
2	3-722	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge	129
3	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	107
4	3-724	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie	52
5	3-721	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens	42
6	3-731	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Herzens	29
7	3-70c	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	26
8	3-73x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)	25
9	3-70b	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden	19
10	3-752	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes	18
11	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	< 4
12	3-703	Szintigraphie der Lunge	< 4
13	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	< 4

B-[3200].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[3200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	MVZ Nuklearmedizin

B-[3200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ Nuklearmedizin	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
2	MVZ Nuklearmedizin	VR39 - Radiojodtherapie
3	MVZ Nuklearmedizin	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
4	MVZ Nuklearmedizin	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
5	MVZ Nuklearmedizin	VR18 - Szintigraphie
6	MVZ Nuklearmedizin	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	45
--------	---	--------------------	----

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
---	------

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,8	Fälle je VK/Person	112,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,01	Fälle je VK/Person	14,97504
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,01

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin und niedergelassene Ärztin
Titel, Vorname, Name	Univ. Doz. Dr. med. univ. Natascha Wachter-Gerstner
Telefon	0851 5300 2372
Fax	0851 5300 3165
E-Mail	natascha.wachter-gerstner@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	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
2	VR40 - Spezialsprechstunde
3	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
4	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
6	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
7	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
8	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
9	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
10	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
11	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
12	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
13	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

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	2412
2	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	609
3	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	476
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	159
5	8-527.6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Behandlungshilfen	150
6	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	149
7	8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	146
8	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	143
9	8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	143
10	8-543.23	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 3 Medikamente	119
11	8-528.6	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung	99
12	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	96
13	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	94
14	8-543.21	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	65

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
15	8-527.1	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad	60
16	8-531.00	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131: Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	58
17	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	51
18	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	49
19	8-543.51	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	40
20	8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	30
21	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	29
22	8-541.6	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Arteriell	29
23	8-543.71	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 1 Medikament	26
24	8-523.12	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral, koplanare Bestrahlungstechnik	23
25	8-541.0	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Intrathekal	23
26	8-543.34	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 4 Medikamente	16
27	8-543.33	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente	14
28	8-531.11	Radiojodtherapie: Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)	12
29	8-523.13	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral, nicht koplanare Bestrahlungstechnik ohne intrafraktionelle Verifikation	10

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	8-543.41	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament	10

B-[3300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2441
2	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	774
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	635
4	8-547	Andere Immuntherapie	614
5	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	448
6	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	103
7	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	101
8	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	99
9	8-531	Radiojodtherapie	82
10	8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	51
11	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	40

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 0,75	Ohne	0
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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Leiter MVZ am Klinikum Passau GmbH, Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Knauer
Telefon	0851 8516504 80
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 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
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Leiter MVZ an der Hellge Klinik, Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Wolfgang Wagner
Telefon	0851 490714160
Fax	08514 7201384
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	13
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1590].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S83.2	Meniskusriss, akut	4
2	M20.1	Hallux valgus (erworben)	< 4
3	S43.1	Luxation des Akromioklavikulargelenkes	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
4	S82.88	Frakturen sonstiger Teile des Unterschenkels	< 4
5	M20.2	Hallux rigidus	< 4
6	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	< 4
7	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	< 4
8	B07	Viruswarzen	< 4

B-[1590].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	4
2	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	4
3	L05	Pilonidalzyste	< 4
4	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	< 4
5	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	< 4
6	B07	Viruswarzen	< 4
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4

B-[1590].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1590].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	4
2	5-788.51	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	5-784.0v	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Metatarsale	< 4
4	5-783.0v	Entnahme eines Knochen transplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Metatarsale	< 4
5	5-895.2a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	< 4
6	5-894.0g	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Fuß	< 4
7	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
8	5-788.60	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	< 4
9	5-787.8m	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Tibiaschaft	< 4
10	5-788.5e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie	< 4
11	5-897.11	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Transpositionsplastik	< 4

B-[1590].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	4
2	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	4
3	5-784	Knochen transplantation und -transposition	< 4
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
5	5-783	Entnahme eines Knochen transplantates	< 4
6	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
7	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4

8	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 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

B-[1590].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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	6,5
--------	---	-----------------------	-----

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	0,38	Fälle je VK/Person	34,21053
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,38	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 0,38

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

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

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
10	VH11 - Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
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

#	Medizinische Leistungsangebote
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	120
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	90
2	R04.0	Epistaxis	6
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	4
4	K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	< 4
5	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
6	S02.2	Nasenbeinfraktur	< 4
7	J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
8	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
9	J34.1	Zyste oder Mukozele der Nase und der Nasennebenhöhle	< 4
10	J33.0	Polyp der Nasenhöhle	< 4
11	J33.8	Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen	< 4
12	I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	< 4
13	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	< 4
15	J32.1	Chronische Sinusitis frontalis	< 4
16	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
17	J02.9	Akute Pharyngitis, nicht näher bezeichnet	< 4
18	H05.0	Akute Entzündung der Orbita	< 4
19	T17.0	Fremdkörper in einer Nasennebenhöhle	< 4
20	H72.8	Sonstige Trommelfellperforationen	< 4
21	C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet	< 4
22	D37.0	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Lippe, Mundhöhle und Pharynx	< 4

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	93
2	R04	Blutung aus den Atemwegen	6
3	J32	Chronische Sinusitis	6
4	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	< 4
5	J33	Nasenpolyp	< 4
6	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	< 4
7	J03	Akute Tonsillitis	< 4
8	J02	Akute Pharyngitis	< 4
9	H72	Trommelfellperforation	< 4
10	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	< 4
11	H05	Affektionen der Orbita	< 4
12	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	< 4
13	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	< 4
15	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
16	C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	< 4

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-215.02	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Laserkoagulation	92
2	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	51
3	5-218.00	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels: Mit lokalen autogenen Transplantaten	40
4	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	38
5	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	10
6	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	5
7	5-224.3	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidspheenoidektomie, endonasal	4
8	5-218.20	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit lokalen autogenen Transplantaten	4
9	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	< 4
10	5-224.1	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert endonasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	5-294.4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	< 4
12	5-214.71	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit distalen autogenen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)	< 4
13	5-262.23	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis: Mit Teilresektion des N. facialis, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	< 4
14	5-316.2	Rekonstruktion der Trachea: Verschluss eines Tracheostomas	< 4
15	5-281.2	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Radikal, transoral	< 4
16	5-894.06	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Schulter und Axilla	< 4
17	5-270.6	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär, kieferwinkelnah	< 4
18	5-080.0	Inzision der Tränendrüse: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
19	5-215.2	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchektomie	< 4
20	5-093.1	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Naht	< 4
21	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
22	5-222.0	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	< 4
23	5-218.10	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens: Mit lokalen autogenen Transplantaten	< 4
24	5-222.10	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie von außen: Ohne Darstellung der Schädelbasis	< 4
25	5-261.3	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Exzision an der Glandula parotis	< 4
26	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	5-289.1	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie	< 4
28	5-221.4	Operationen an der Kieferhöhle: Radikaloperation (z.B. Operation nach Caldwell-Luc)	< 4
29	5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren	< 4
30	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	98
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	53
3	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	45
4	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	44
5	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	10
6	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	4
7	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	< 4
8	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	< 4
9	5-294	Andere Rekonstruktionen des Pharynx	< 4
10	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
11	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	< 4
12	5-097	Blepharoplastik	< 4
13	5-270	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	< 4
14	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	< 4
15	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
16	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	< 4
18	5-316	Rekonstruktion der Trachea	< 4
19	5-261	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	< 4
20	5-919	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	< 4
21	5-080	Inzision der Tränendrüse	< 4
22	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
23	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 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	5-282.1	Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiell, transoral	31
2	5-202.2	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Explorative Tympanotomie	25
3	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	5
4	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	5
5	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	4
6	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
7	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	< 4
8	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	< 4
9	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	< 4
10	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	< 4
11	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	< 4
12	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	< 4
13	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	< 4
14	5-056.7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	< 4
15	5-260.20	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Entfernung eines Speichelsteines: Speicheldrüse	< 4
16	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	< 4
17	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	< 4
18	5-216.1	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	< 4
19	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
20	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	< 4
21	5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	< 4
22	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	< 4
23	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	31

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	25
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	5
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	5
5	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	4
6	5-184	Plastische Korrektur absteigender Ohren	4
7	5-200	Parazentese [Myringotomie]	4
8	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	< 4
9	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
10	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	< 4
11	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
12	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
13	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
14	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
15	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	< 4
16	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
17	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	< 4
18	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4
19	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	< 4

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

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	60
--------	---	-----------------------	----

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

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	0,5	Fälle je VK/Person	240
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,5

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 <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

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 Nierenerkrankungen
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	958
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N20.1	Ureterstein	162
2	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	111
3	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	93
4	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	51
5	N20.0	Nierenstein	44
6	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	42
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	39
8	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	35
9	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	29
10	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	24
11	N40	Prostatahyperplasie	22
12	R33	Harnverhaltung	20

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	19
14	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	17
15	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	14
16	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	14
17	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase	13
18	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	12
19	N21.0	Stein in der Harnblase	11
20	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	11
21	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	9
22	N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	9
23	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	9
24	C67.5	Bösartige Neubildung: Harnblasenhals	7
25	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	7
26	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	6
27	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	5
28	C67.1	Bösartige Neubildung: Apex vesicae	5
29	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	5
30	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	5

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Nieren- und Ureterstein	221
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	122
3	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	119
4	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	111

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	93
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	41
7	N40	Prostatahyperplasie	22
8	R33	Harnverhaltung	20
9	N45	Orchitis und Epididymitis	20
10	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	19
11	N30	Zystitis	16
12	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnorgane	16
13	N35	Harnröhrenstriktur	15
14	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	14
15	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	12
16	N21	Stein in den unteren Harnwegen	11
17	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	7
18	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	7
19	N43	Hydrozele und Spermatozele	6
20	D40	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der männlichen Genitalorgane	5
21	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	5
22	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	4
23	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	4
24	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	4
25	N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	< 4
26	I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	< 4
27	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	< 4
28	N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	< 4
29	C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	349
2	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	288
3	3-13d.5	Urographie: Retrograd	259
4	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	148
5	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	143
6	5-560.2	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral	142
7	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	132
8	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	113
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	69
10	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	63
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	59
12	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	49
13	5-985.x	Lasertechnik: Sonstige	39
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	38
15	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	37
16	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	33
17	3-13d.6	Urographie: Perkutan	28
18	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	26
19	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	25

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	22
21	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	22
22	5-550.20	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Perkutan-transrenal	21
23	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	21
24	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	20
25	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	19
26	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	15
27	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	13
28	1-460.2	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	13
29	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	12
30	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	12

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	349
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	326
3	8-132	Manipulationen an der Harnblase	295
4	3-13d	Urographie	287
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	209

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	155
7	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	142
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	132
9	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	121
10	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	65
11	5-985	Lasertechnik	50
12	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	44
13	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	37
14	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	30
15	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	27
16	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	17
17	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	16
18	5-622	Orchidektomie	13
19	5-572	Zystostomie	12
20	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	10
21	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	10
22	5-98k	Art des Zystoskops	6
23	5-563	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie	6
24	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	5
25	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	5
26	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	5

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	5-552	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere	5
28	5-561	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums	5
29	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	4
30	5-611	Operation einer Hydrocele testis	4

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	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	117
2	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	83
3	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	70
4	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	70
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	47
6	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	45
7	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	31
8	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	12
10	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	7
11	8-110.1	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Ureter	6
12	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	4
13	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	4
14	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	4
15	5-641.0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis: Exzision	< 4
16	1-460.2	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	< 4
17	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	< 4
18	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	< 4
19	5-640.5	Operationen am Präputium: Lösung von Präputialverklebungen	< 4
20	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	< 4
21	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
22	5-573.32	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Destruktion: Durch Elektrokoagulation	< 4
23	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
24	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
25	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Korbchen	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	< 4
27	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
28	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
29	5-612.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion	< 4
30	5-631.2	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	247
2	5-640	Operationen am Präputium	143
3	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	51
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	47
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19
6	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	8
7	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	6
8	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	4
9	5-572	Zystostomie	4
10	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	< 4
11	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	< 4
12	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	< 4
13	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
15	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	< 4
16	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
17	5-612	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe	< 4
18	5-624	Orchidopexie	< 4
19	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	< 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	239,5
--------	---	--------------------	-------

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	6,79	Fälle je VK/Person	141,089844
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,79

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

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

#	Medizinische Leistungsangebote
7	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
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	1
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10- GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	< 4

B-[3500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	< 4

B-[3500].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[3500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-770.10	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Debridement und Drainage	< 4

B-[3500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	< 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	5-770.10	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Debridement und Drainage	< 4
2	5-231.02	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	< 4
3	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	< 4
4	5-216.1	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	< 4

B-[3500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4
2	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
3	5-770	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	< 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	0,33333
--------	---	--------------------	---------

B-[3500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)

B-[3500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen (MWBO 2003)

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	0,66667
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

B-[3500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

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	4
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	< 4
2	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	< 4
3	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	< 4

B-[2700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H26	Sonstige Kataraktformen	< 4

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

B-[2700].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	4

B-[2700].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	191
2	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	< 4
3	5-10b.0	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Einfache Rücklagerung	< 4
4	5-139.12	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Einbringen von Medikamenten	< 4
5	5-10a.0	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Resektion	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	191
2	5-097	Blepharoplastik	< 4
3	5-10a	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel	< 4
4	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	< 4
5	5-10b	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel	< 4

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	4
--------	---	-----------------------	---

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	3,63636
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

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

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhaushygiene
Titel, Vorname, Name	Gabriele Amberger
Telefon	0851 5300 84562
E-Mail	gabriele.amberger@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
Kommentar/Erläuterung	Keine bettenführende Abteilung

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

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

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 38,5

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

Gesamt		3,48	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,48

B-[3700_3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
5	PQ20 - Praxisanleitung

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

B-[1900] Klinik für Plastische Chirurgie

B-[1900].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Plastische Chirurgie

B-[1900].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1900 - Plastische Chirurgie

B-[1900].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. med. habil. Philipp Lamby
Telefon	0851 5300 7465
Fax	0581 5300 7469
E-Mail	philipp.lamby@klinikum-passau.de
Strasse	Innstraße
Hausnummer	76
PLZ	94032
Ort	Passau

B-[1900].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-[1900].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[1900].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	211
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Inbetriebnahme der Fachabteilung zum 01.10.2023

B-[1900].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	34
2	L03.01	Phlegmone an Fingern	10
3	E88.22	Lipödem, Stadium III	8
4	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	7
5	L89.34	Dekubitus, Stadium 4: Kreuzbein	7
6	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	7
7	R02.06	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel und Knie	5
8	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	5
9	T85.82	Kapsel­fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	4
10	S68.1	Traumatische Amputation eines sonstigen einzelnen Fingers (komplett) (partiell)	4
11	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
12	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	4
13	M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
14	M46.28	Wirbelosteomyelitis: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	< 4
15	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	< 4
16	M86.65	Sonstige chronische Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
17	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4
18	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
19	C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter	< 4
20	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	< 4
21	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	< 4
22	S68.2	Isolierte traumatische Amputation von zwei oder mehr Fingern (komplett) (partiell)	< 4
23	S66.3	Verletzung der Streckmuskeln und -sehnen sonstiger Finger in Höhe des Handgelenkes und der Hand	< 4
24	S66.1	Verletzung der Beugemuskeln und -sehnen sonstiger Finger in Höhe des Handgelenkes und der Hand	< 4
25	T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
26	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
27	S82.21	Fraktur des Tibiaschaftes: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	< 4
28	L89.26	Dekubitus, Stadium 3: Trochanter	< 4
29	C44.59	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	< 4

B-[1900].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	34
2	M86	Osteomyelitis	15
3	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	14
4	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	13
5	L03	Phlegmone	11
6	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
7	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	8
8	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	8
9	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	7
10	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	7
11	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	7
12	S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	6
13	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6
14	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	5
15	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	5
16	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	5
17	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	4
18	Q83	Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]	< 4
19	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
20	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
21	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	< 4
22	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	< 4
23	M72	Fibromatosen	< 4
24	M65	Synovitis und Tenosynovitis	< 4
25	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	< 4
26	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4
27	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	< 4
28	I70	Atherosklerose	< 4
29	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	< 4
30	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	< 4

B-[1900].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1900].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	100
2	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	64
3	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	45
4	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	43
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	32
6	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	27

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
7	5-911.0b	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	27
8	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	24
9	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	23
10	5-902.4f	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel	18
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	17
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	17
13	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	17
14	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	17
15	5-852.67	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	17
16	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	13
17	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	13
18	5-780.6d	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Becken	13
19	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	12
20	5-896.19	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	12
21	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	12
22	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	11

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	8-190.23	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage	11
24	5-896.1a	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	11
25	5-850.d8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	11
26	5-911.1e	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	11
27	5-850.67	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	11
28	5-852.a8	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Oberschenkel und Knie	10
29	5-984	Mikrochirurgische Technik	10
30	5-907.2d	Revision einer Hautplastik: Revision einer lokalen Lappenplastik: Gesäß	9

B-[1900].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	211
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	166
3	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	99
4	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	70
5	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	65
6	8-190	Spezielle Verbandstechniken	62
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	51
8	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	51
9	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	50

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	38
11	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	37
12	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	32
13	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	24
14	5-907	Revision einer Hautplastik	23
15	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	22
16	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	20
17	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	20
18	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	17
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	16
20	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	15
21	5-889	Andere Operationen an der Mamma	14
22	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	13
23	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	13
24	5-898	Operationen am Nagelorgan	12
25	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	12
26	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	12
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	12
28	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	11
29	8-390	Lagerungsbehandlung	11
30	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	10

B-[1900].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1900].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[1900].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1900].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1900].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	11
2	5-850.60	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Kopf und Hals	5
3	5-852.90	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Kopf und Hals	5
4	5-856.05	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Brustwand und Rücken	4
5	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	4
6	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
7	5-852.a0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Kopf und Hals	< 4
8	5-859.24	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Hand	< 4
9	5-852.a5	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Brustwand und Rücken	< 4
10	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	< 4
11	5-852.a7	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	< 4
12	5-905.14	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Sonstige Teile Kopf	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
13	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4
14	5-850.65	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Brustwand und Rücken	< 4
15	5-902.64	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
16	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	< 4
17	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
18	5-906.06	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Schulter und Axilla	< 4
19	5-903.7a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	< 4
20	5-905.1a	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Brustwand und Rücken	< 4
21	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
22	5-903.69	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Hand	< 4
23	5-905.19	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Hand	< 4
24	5-879.0	Andere Exzision und Resektion der Mamma: Exzision von ektopischem Mammagewebe	< 4
25	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
26	5-863.4	Amputation und Exartikulation Hand: Fingeramputation mit Haut- oder Muskelplastik	< 4
27	5-882.1	Operationen an der Brustwarze: Exzision	< 4
28	5-898.8	Operationen am Nagelorgan: Implantation eines Kunstnagels	< 4
29	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
30	5-852.60	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Kopf und Hals	< 4

B-[1900].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	17
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	12
3	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	10
4	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	10
5	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	9
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	7
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5
8	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
9	5-856	Rekonstruktion von Faszien	5
10	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
11	5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	4
12	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
13	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
15	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
16	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
17	5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	< 4
18	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
19	5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	< 4
20	5-882	Operationen an der Brustwarze	< 4
21	5-879	Andere Exzision und Resektion der Mamma	< 4
22	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4
23	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
24	5-610	Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
25	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
26	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	< 4
27	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
28	5-097	Blepharoplastik	< 4
29	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
30	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4

B-[1900].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1900].11 Personelle Ausstattung

B-[1900].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,34	Fälle je VK/Person	48,61751
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,34

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	2,47	Fälle je VK/Person	85,4251
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2,47

B-[1900].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)

B-[1900].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF12 - Handchirurgie

B-[1900].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,84	Fälle je VK/Person	114,673912
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,84

B-[1900].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[1900].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[1900].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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>

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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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
<p>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</p>	
Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden</p>

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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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-</p>

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

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

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

	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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

	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 zusammenhängen (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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/</p>
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
<p>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)</p>	
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
<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten</p>	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/</p>
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
<p>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)</p>	
Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/.</p>
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	<p>werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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	<p>üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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-</p>

	bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen 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-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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 Aggregatwechsel 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.</p>

	Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeve 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	<p>Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>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/eh150. 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</p>

	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. European Heart Journal 43(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
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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.</p>
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
<p>68. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten</p>	

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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>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 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; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
--------------------------	---

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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb</p>

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/eh150. 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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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.</p>

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

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

	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/eh150. 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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/.</p>
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
<p>88. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers</p>	
Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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
<p>101. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht</p>	
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	<p>guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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
<p>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)</p>	
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/</p>
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
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

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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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
<p>128. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht</p>	
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	<p>werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens 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/.</p>
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
<p>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.)</p>	
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

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

	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 cm ² (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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/</p>
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-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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:</p>

	<p>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/.</p>
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
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit</p>

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

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	18,94
Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	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-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	44,42
Vertrauensbereich bundesweit	43,91 - 44,93
Rechnerisches Ergebnis	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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden</p>

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-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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 Vorjahresultaten 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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“.</p>
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-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

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

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-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

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-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

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

	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 Nabelschnurlutes (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

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/.</p>
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-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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“.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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“.</p>
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	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: 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“.</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

199. Ein Hörtest wurde durchgeführt

Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: 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/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	98,08 - 98,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

	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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

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

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

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/ .

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

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

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

	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	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: 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</p>

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

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, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

#	DMP
1	<p>Asthma bronchiale</p> <p><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></p>

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	<p>Diabetes mellitus Typ 2</p> <p><i>Die Strukturqualität zur Versorgung der Patienten stellen wir wie folgt sicher: - Zertifiziertes Diabetologisches Zentrum - 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.</i></p>
4	<p>Koronare Herzkrankheit (KHK)</p> <p><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></p>

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

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	27
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	173
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Erbrachte Menge	252
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Erbrachte Menge	53
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.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	27
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	32
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	173
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	183
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	252
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	298
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	53
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	56

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

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

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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	<p>CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma</p> <p><i>Externe QS "Bauchaortenaneurysma" durch DGG erfolgreich absolviert. Zertifiziertes Gefäßzentrum der DGG und DRG.</i></p>
2	<p>CQ03: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde</p> <p><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></p>
3	<p>CQ05: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1</p> <p><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></p>
4	<p>CQ28: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)</p>
5	<p>CQ31: Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)</p>
6	<p>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</p> <p><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></p>

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln.

Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.

- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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	197
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	124
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	124

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	100 %
12	Herzchirurgie - Station 15 - Nachtschicht	100 %
13	Innere Medizin - Station 16 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
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	100 %
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	100 %
23	Innere Medizin - Station 33A - Tagschicht	100 %
24	Innere Medizin - Station 33A - Nachtschicht	100 %
25	Allgemeine Chirurgie, Urologie - Station 34 - Tagschicht	100 %
26	Allgemeine Chirurgie - Station 34 - Nachtschicht	100 %
27	Kardiologie - Station 35 - Tagschicht	100 %
28	Kardiologie - Station 35 - Nachtschicht	100 %
29	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 36 - Tagschicht	100 %
30	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 36 - Nachtschicht	100 %
31	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Tagschicht	100 %
32	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Nachtschicht	100 %
33	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station 43 STR - Tagschicht	100 %
34	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station 43 STR - Nachtschicht	100 %
35	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Tagschicht	100 %
36	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Nachtschicht	100 %
37	Kardiologie - Station 45 - Tagschicht	100 %
38	Kardiologie - Station 45 - Nachtschicht	100 %
39	Unfallchirurgie - Station 46 - Tagschicht	100 %
40	Unfallchirurgie - Station 46 - Nachtschicht	100 %
41	Intensivmedizin - Station 55 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
42	Intensivmedizin - Station 55 - Nachtschicht	100 %
43	Kardiologie - Station 55A - Tagschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
44	Kardiologie - Station 55A - Nachtschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
45	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station 75K - Tagschicht	100 %
46	Allgemeine Chirurgie - Station 75K - Nachtschicht	100 %
47	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 76K - Tagschicht	100 %
48	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 76K - Nachtschicht	100 %
49	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Tagschicht	100 %
50	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Unfallchirurgie - Station 06 - Tagschicht	99,73 %
2	Unfallchirurgie - Station 06 - Nachtschicht	98,91 %
3	Neurologie - Station 11 - Tagschicht	100 %
4	Neurologie - Station 11 - Nachtschicht	85,25 %
5	Innere Medizin - Station 12 - Tagschicht	99,18 %
6	Innere Medizin - Station 12 - Nachtschicht	99,45 %
7	Innere Medizin - Station 13 - Tagschicht	100 %
8	Innere Medizin - Station 13 - Nachtschicht	99,73 %
9	Allgemeine Chirurgie - Station 14 - Tagschicht	99,18 %
10	Allgemeine Chirurgie - Station 14 - Nachtschicht	97,54 %
11	Herzchirurgie - Station 15 - Tagschicht	89,62 %
12	Herzchirurgie - Station 15 - Nachtschicht	70,77 %
13	Innere Medizin - Station 16 - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin - Station 16 - Nachtschicht	90,98 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
15	Intensivmedizin - Station 24 - Tagschicht	99,45 %
16	Intensivmedizin - Station 24 - Nachtschicht	84,97 %
17	Intensivmedizin - Station 24A - Tagschicht	99,73 %
18	Intensivmedizin - Station 24A - Nachtschicht	74,86 %
19	Innere Medizin - Station 32 - Tagschicht	99,73 %
20	Innere Medizin - Station 32 - Nachtschicht	98,91 %
21	Innere Medizin - Station 33 - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin - Station 33 - Nachtschicht	89,89 %
23	Innere Medizin - Station 33A - Tagschicht	100 %
24	Innere Medizin - Station 33A - Nachtschicht	100 %
25	Allgemeine Chirurgie, Urologie - Station 34 - Tagschicht	99,73 %
26	Allgemeine Chirurgie - Station 34 - Nachtschicht	86,07 %
27	Kardiologie - Station 35 - Tagschicht	99,18 %
28	Kardiologie - Station 35 - Nachtschicht	90,71 %
29	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 36 - Tagschicht	96,17 %
30	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 36 - Nachtschicht	87,16 %
31	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Tagschicht	100 %
32	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 42 - Nachtschicht	99,18 %
33	Neurologische Schlaganfallereinheit - Station 43 STR - Tagschicht	86,07 %
34	Neurologische Schlaganfallereinheit - Station 43 STR - Nachtschicht	99,73 %
35	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Tagschicht	100 %
36	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 44 - Nachtschicht	100 %
37	Kardiologie - Station 45 - Tagschicht	93,99 %
38	Kardiologie - Station 45 - Nachtschicht	95,63 %
39	Unfallchirurgie - Station 46 - Tagschicht	99,73 %
40	Unfallchirurgie - Station 46 - Nachtschicht	95,36 %
41	Intensivmedizin - Station 55 - Tagschicht	98,09 %
42	Intensivmedizin - Station 55 - Nachtschicht	84,97 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
43	Kardiologie - Station 55A - Tagschicht	0 % <i>Station geschlossen</i>
44	Kardiologie - Station 55A - Nachtschicht	0 % <i>Station geschlossen</i>
45	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station 75K - Tagschicht	100 %
46	Allgemeine Chirurgie - Station 75K - Nachtschicht	99,73 %
47	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 76K - Tagschicht	100 %
48	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 76K - Nachtschicht	99,73 %
49	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Tagschicht	98,91 %
50	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station HELLGE - Nachtschicht	98,91 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (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