

Robert - Koch - Krankenhaus Apolda GmbH



Strukturierter Qualitätsbericht 2024

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	3
	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9	Anzahl der Betten	15
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung	33
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	34
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	36
B-[0100]	Klinik für Innere Medizin	36
B-[1000]	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	49
B-[1500]	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	61
B-[2316]	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	75
B-[2400]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	90
B-[3600]	Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie	104
B-[3751]	Radiologische Abteilung	114
B-[3700]	Notfallambulanz und Ambulanz	120
B-[3790]	Physiotherapie	124
C	Qualitätssicherung	127
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	127
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	249
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	249
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden	249

Qualitätssicherung

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	251
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	252
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	255
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	255
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	256
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	256

Vorwort

Einleitung

Datum der Erstellung des Bericht: 05.09.2025.
Dieser Bericht wurde mit der Software Solventum™ Qualitätsbericht V. 2025.3.0.1 der Firma Solventum™ erstellt.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Mandy Peters
Telefon	03644 57 1216
Fax	03644 57 1080
E-Mail	m.peters@rkk-apolda.de
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Uwe Koch und Dr. med. Martin Huber
Telefon	03644 57 1001
Fax	03644 57 1080
E-Mail	a.minner@rkk-apolda.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://www.rkk-apolda.de/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.rkk-apolda.de/service/qualitaetsbericht

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	https://www.rkk-apolda.de/startseite	Kliniken und Abteilungen der Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH
2	https://www.rkk-apolda.de/medizin/notfallambulanz/willkommen	Hilfe im Notfall
3	https://www.rkk-apolda.de/service-und-beratung/patientenverwaltung	Informationen für Patienten und Angehörige

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH
PLZ	99510
Ort	Apolda
Straße	Jenaer Straße
Hausnummer	66
IK-Nummer	261600382
Standort-Nummer	772860000
Telefon-Vorwahl	03644
Telefon	571001
E-Mail	a.minner@rkk-apolda.de
Krankenhaus-URL	http://www.rkk-apolda.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Huber
Telefon	03644 57 1003
Fax	03644 57 1080
E-Mail	m.kohler@rkk-apolda.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer, Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name	Uwe Koch
Telefon	03644 57 1001
Fax	03644 57 1080
E-Mail	a.minner@rkk-apolda.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Jana Schubert
Telefon	03644 57 1056

E-Mail	j.schubert@rkk-apolda.de
--------	--------------------------

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	Institutionskennzeichen
1	261600382

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Kreis Weimarer Land (100 %iger Gesellschafter)
Träger-Art	sonstige: gemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP02 - Akupunktur Zur Erleichterung der Geburt werden Akupunktur, Homöopathie und Aromatherapie angewendet.
2	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare Sozialdienst/ Casemanagement: Beratung Angehöriger hinsichtlich der nachstationären Betreuung und Versorgung der Patienten; BrustKrebsZentrum: psychoonkologische Gespräche; Kreißsaal: Info-Abende für werdende Eltern/ Geschwisterkurse; Diabetesberatung: individuelle Beratung für Angehörige
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie regulär postoperativ oder bei konservativ behandelten Patienten im stat. und amb. Bereich; Atemgymnastik und Anleitung zur eigenst. Durchführung anhand eines Übungsprogrammes; PEP-Atmung isoliert oder in Verbindung mit Bewegungen oder Hilfsmitteln; Aktivität vor pass. Maßnahmen (z. B. Übungspfad)
4	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern Babyschwimmen zur psychomotorischen Entwicklungsförderung
5	MP06 - Basale Stimulation Angebot bei eingeschränkter Eigenaktivität des Patienten im Rahmen der therapeutischen Pflege.
6	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung Reha-Beratung durch den Sozialdienst

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
7	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden Palliative Care durch Mitarbeitende der Pflege, Anwendung von Aromatherapie, Hospizdienst
8	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik Das Therapiebad wird von stationären und ambulanten Patienten zur Gruppen- oder Einzeltherapie genutzt und bei präventiven, therapeutischen oder postoperativen Verläufen angeboten.
9	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie Ein ausgebildeter Fitnesstrainer sowie Physiotherapeuten mit der Qualifikation medizinische Trainingstherapie betreuen ambulante und stationäre Patienten an modernen Trainingsgeräten. Es besteht die Möglichkeit, nach einer Einweisung, eine Trainingskarte zum eigenständigen Üben zu erwerben.
10	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) Die Bobath-Therapie- ein spezielles Konzept zur Behandlung neurologisch erkrankter Patienten- ist sowohl stationär als auch ambulant für Erwachsene möglich.
11	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen Diabetes Typ 1/2/3 - Einstellung und Optimierung der Therapie lt. Leitlinien; individuelle Beratung und Schulung für Patienten/ Angehörige zur Stoffwechseleinstellung und/oder Optimierung; Schulung zur sensorgestützten Glucosemessung; Therapieanpassung/ Überwachung bei Akutsituation
12	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung Individuelle Diät- und Ernährungsberatung bzw. Ernährungstherapie durch Fachpersonal. Beratung u. Begleitung der stat. Patienten unter Berücksichtigung von ernährungsphysiologischen, biochemischen und allergologischen Zusammenhänge zur vorbeugenden und an persönliche Situation angepassten Ernährung.
13	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege Nachsorge, pflegebedarfsorientierte Organisation der nachstationären Versorgung
14	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie Die Zusammenarbeit erfolgt mit ambulanten Ergotherapeuten.
15	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege Ermittlung Pflegebedarf, Erstellung und Reevaluation eines individuellen, berufsgruppenübergreifenden Behandlungsplanes für Patienten, Beginn der Entlassungsplanung bereits bei der Aufnahme, lückenlose nachstationäre Weiterversorgung der Patienten
16	MP18 - Fußreflexzonenmassage Diese Leistung wird von unseren Physiotherapeuten sowohl ambulant als auch stationär angeboten.
17	MP21 - Kinästhetik Bewegungsförderung mit dem Ziel, die Bewegung von Patienten während der alltäglichen Aktivitäten in der Pflege abgestimmt auf Einschränkungen und Befinden schonend zu unterstützen. Die Nutzung eigener Ressourcen wird gesundheitsfördernd mitgezogen. Ergonomie der Pflegekräfte ist unterstützt.
18	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung Spezielle Angebote der Beratung und des Beckenbodentrainings durch auf dieses Thema spezialisierte Physiotherapeuten

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
19	Die spezifische Therapiemöglichkeit zur Förderung des Abtransportes von Lymphödemen ist auf allen Stationen und in der ambulanten Physiotherapie sowohl manuell als auch mittels Gerät möglich.
	MP25 - Massage
20	Verschiedene Massageformen, wie Colon- und Bindegewebsmassagen, Lymphdrainage oder Fußreflexzonentherapie werden in der Abteilung für Physiotherapie angeboten.
	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
21	Anwendung von Akupunktur, Homöopathie und Aromatherapie zur Erleichterung der Geburt; Professionelle Aromatherapie bei z.B.: Körper-/Mundpflege, Dekubitus-/Pneumonieprophylaxe, Hämatomen, Übelkeit, Unruhe, Schmerzen, Atemnot, depressiver Verstimmung, Wunden, Sterbebegleitung
	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
22	Manuelle Therapie als Angebot der Physiotherapie für ambulante und stationäre Patienten
	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
23	Es werden folgende physikalische Therapien angeboten und durchgeführt: Kohlesäureteilbad, Fangobehandlung, Elektrotherapie und Elektrostimulation
	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
24	Das Haus besitzt umfangreiche Möglichkeiten der Krankengymnastik am Gerät, Trainingstherapie, Schlingentisch- und Traktionsbehandlung, PNF sowie zweimal täglich Gruppentherapien für operierte Patienten. Besondere physiotherapeutische Betreuung erfolgt in den zertifizierten Zentren.
	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
25	Psychoonkologische Beratung für onkologische Patienten und Angehörige
	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
26	Von dieser Behandlung profitieren insbesondere Patienten mit Lumboischialgien und nach Operationen an der Wirbelsäule sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich.
	MP36 - Säuglingspflegekurse
27	Für werdende Mütter mit Kleinkindern bieten wir Geschwisterkurse an, die zum Ziel haben, auch Geschwisterkinder auf den Umgang mit dem zu erwartenden Baby vorzubereiten.
	MP37 - Schmerztherapie/-management
28	Im Rahmen der Schmerztherapie werden verschiedene schmerzlindernde Maßnahmen (medikamentös und nichtmedikamentös) angeboten. Der Schmerzzustand der Patienten wird mehrfach am Tag erhoben, um im Rahmen des geltenden Konzeptes helfend agieren zu können.
	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
29	Beratung zur nachstationären Betreuung und Versorgung der Patienten; Pflege-, Demenz- und Ernährungsberatung; Brustzentrum: Breast Care Nurse, psychoonkolog. Gespräche; Kreißsaal: Info-Abende für werdende Eltern/ Geschwisterkurse; Krankenhaushygiene: Infos/Beratung zu Hygiene bei versch. Erregern

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
30	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen Homöopathie, Akupunktur, Geburtsvorbereitung- und Nachsorge, monatliche Informationsabende für werdende Eltern in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik und der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kreißsaalführungen
31	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot Zur umfassenden Versorgung unserer Patientinnen und Patienten mit Krebsleiden stehen eine psychoonkologisch ausgebildete Schwester, onkologische Fachschwestern und eine "Brustschwester" für unsere Brustkrebspatientinnen zu Verfügung.
32	MP43 - Stillberatung Wochentags steht unsere Stillberaterin zur Verfügung, um mit Eltern Stillfragen zu besprechen. Die Stillberatung basiert auf neuesten wissenschaftl. Leitlinien. Eltern können sich in Veranstaltungen über interessante Themen im Säuglingsalter (bsw. Homöopathie, Ernährung, Schlaf) informieren.
33	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie Erfolgt in Zusammenarbeit mit externen Praxen.
34	MP45 - Stomatherapie/-beratung Wird durch externe Sanitätshäuser und Home-Care-Unternehmen angeboten
35	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik Für die Versorgung unserer Patienten mit Hilfsmitteln (stationär und nachstationär) arbeiten wir seit vielen Jahren mit erfahrenen und bewährten Sanitätshäusern zusammen.
36	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen Fangopackungen und Kältetherapie, auch in Verbindung mit Elektrotherapie (nach KENS)
37	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik Die Physiotherapeuten führen sowohl die Wochenbett- als auch die Rückbildungsgymnastik für unsere stationären Patienten durch.
38	MP51 - Wundmanagement Beratung und Betreuung von Patienten mit chronischen Wunden unter Zusammenarbeit dazugehöriger Berufsgruppen; Überleitung d. Patienten in ambulanten/ häuslichen Bereich erfolgt über Case-Management und Fachtherapeut Wunde ICW; ständiges Fortbildungsangebot für das Personal
39	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Es bestehen Kontakt und Zusammenarbeit zu z.B.: Thüringische Krebsgesellschaft, Frauenselbsthilfegruppe Krebs, "ladies.talk", Pnk Ribbon Deutschland, Osteoporosegruppe, Reha-Sport, Mb. Bechterew-Gruppe
40	MP53 - Aromapflege/-therapie Professioneller Einsatz von ätherischen Ölen, Basisölen und Hydrolaten im pflegerisch-klinischen Bereich. Aromatherapie ist eine anerkannte ganzheitliche Methode, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern und Krankheiten zu lindern. Körper, Geist und Seele werden auf positive Art beeinflusst.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
41	MP63 - Sozialdienst Beratung/ Infos zu: sozialen/ sozialrechtl. Fragen, Reha, Nachsorge, Hilfen zu amb./ stat. Pflege/ wirtschaftl. Sicherung, Schwerbehinderung n. SGB IX, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuung, Psychosoz. Betreuung, Krisenintervention, Koop. zw. Kostenträgern u. Leistungserbringern
42	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Kontinuierliche Information über die Internetseite möglich; Auskünfte über fachspezifische Leistungen im Qualitätsbericht; Info-Abende für werdende Eltern; Veranstaltungen für Patienten, deren Angehörige sowie Interessierte durch das Brustkrebszentrum und Endoprothesenzentrum
43	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien Geschwisterkurse
44	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege Koordination und Zusammenarbeit mit externen Pflegeeinrichtungen werden vom Sozialdienst des Hauses realisiert.
45	MP69 - Eigenblutspende ja nach Indikation, Bestandteil der OP-Vorbereitung

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle möglich auf Nachfrage (Gebühr: 25,18 €/Tag); Ausstattung: Telefon (Miete 1 €/Tag, 0,10 € pro Gesprächseinheit), WLAN, Fernseher, Tresor, Patientenklingel, Bad mit Dusche, helle und moderne Zimmer mit Blick ins Grüne; Begleitperson möglich gegen Gebühr 59,50 €/Tag (in der Kinderklinik 23,80 €/Tag) https://www.rkk-apolda.de/service-und-beratung/patientenverwaltung/
2	NM05: Mutter-Kind-Zimmer Ein Familienzimmer steht in der Geburtshilfe zur Verfügung. Qualifiziertes Personal (Hebammen, Pflegefachkräfte und Ärzte) steht Ihnen mit Rat und Tat zur Seite. Alternative Maßnahmen und Methoden sind ein fester Bestandteil unserer Hilfestellung beim Stillen und der Pflege Ihres Kindes. https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe/geburtshilfe
3	NM07: Rooming-in wird gefördert und unterstützt https://www.rkk-apolda.de/service-und-beratung/patientenverwaltung/
4	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) Unterbringung für Eltern von erkrankten Kindern (in der Kinderklinik 23,80 €/Tag) und Angehörigen von erwachsenen Patienten jederzeit möglich gegen eine Gebühr in Höhe von 59,90 €/Tag https://www.rkk-apolda.de/service-und-beratung/patientenverwaltung/

#	Leistungsangebot
5	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Standard; Ausstattung: Telefon, W-LAN, Fernseher, Tresor, Patientenklingel, Bad mit Dusche, helle und moderne Zimmer mit Blick ins Grüne; gegen Gebühr 25,18 €/Tag können Sie ein Einzelzimmer nutzen. https://www.rkk-apolda.de/service-und-beratung/patientenverwaltung/
6	NM40: Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen "Grünen Damen und Herren" - angenehme, das Wohlergehen fördernde Begleitung für unsere Patienten durch: Gespräche, kleine Besorgungen, kulturelle Begleitung (Hörbücher, Literatur, Musik-CDs, Vorlesen), Zuwendung, Aufmerksamkeit und Beistand, kleiner Spaziergang oder eine Spazierfahrt im Rollstuhl https://www.rkk-apolda.de/engagement/gruene-damen-und-herren/
7	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung Die ökumenische Klinikseelsorge kann auf Wunsch angefordert werden. Es werden angeboten: Segen, Gespräch und Begleitung, Krankensalbung, regelmäßige Andachten in der klinikeigenen Kapelle (mittwochs). Die Kapelle ist Tag und Nacht geöffnet.
8	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen Livestream-Informationsveranstaltungen zu Endoprothesen; Kreißsaalbesichtigungen für werdende Eltern nach Vereinbarung mögl.; Fachvorträge zum Umgang mit dem Baby; Tipps und Ratschläge zum Stillen; Pflegeseminare mit Hautpflege- und Kosmetiktipp f. Brustkrebspatienten; Aromapflege https://www.rkk-apolda.de/startseite
9	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen z.B. Thüringer Krebsgesellschaft; Selbsthilfegruppe "ladies.talk" online; Frauenselbsthilfe Krebs; Pink Ribbon https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe/service/veranstaltungen
10	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen z.B. vegetarisch, vegan, laktose- oder glutenfrei, Diabeteskost, Stillkost, Kostaufbau https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie/ernaehrungsberatung/
11	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) In jedem Patientenzimmer: Tresor, WLAN, Fernseher, Radio, Telefon am Bett (1 €/Tag, 0,10 € pro Gesprächseinheit); Schwimmbecken für therapeutische Behandlung; Parkplatz: für Patienten kostenfrei, für Besucher/Gäste - 1 Stunde kostenfrei, jede weitere Stunde: 1,00 €, Tagesticket: 4,00 € https://www.rkk-apolda.de/service-und-beratung/patientenverwaltung/

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Andrea Thorwarth
Telefon	03644 571027
Fax	03644 571146
E-Mail	a.thorwarth@rkk-apolda.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF23 - Allergenarme Zimmer können auf Wunsch bereitgestellt werden; Bekanntgabe vorhandener Allergien vor der Aufnahme ist wünschenswert
2	BF24 - Diätetische Angebote Diätkost und versch. Kostformen möglich; Individuelle Diät- und Ernährungsberatung bzw. Ernährungstherapie; Beratung anhand ernährungsphysiologischer, biochemischer und allergologischer Zusammenhänge
3	BF25 - Dolmetscherdienst "Video- und Audiodolmetschen" ist in über 50 Sprachen, z.B. Arabisch, Bulgarisch, Türkisch, Ukrainisch, Vietnamesisch möglich; Einsatz eines Gebärdensprachdolmetschers ist ebenfalls möglich
4	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten Körperwaagen, Bettwaage, Duschstühle, Blutdruckmanschetten für Patienten mit besonderem Übergewicht oder Körpergröße sind vorhanden.
5	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Pflegebetten, Bett- und Matratzenverlängerung, Patientenlifter, Patientenliegen, Patiententransporter, Sitzwaage, Bettenwaage, Gehwagen für Patienten mit besonderem Übergewicht oder Körpergröße sind vorhanden.
6	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Rollstühle, Thrombosestrümpfe, Patientenlifter für Patienten mit besonderem Übergewicht oder Körpergröße sind vorhanden.
7	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung Ein moderner und gleichzeitig freundlicher Andachtsraum steht im Zentrum des Hauses zur Verfügung. Es finden regelmäßige Andachten statt. Seelsorge ist auf Wunsch möglich.
8	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige Ein zentraler Aufzug mit Leuchtanzeige ist innerhalb des Klinikgebäudes vorhanden.

#	Aspekte der Barrierefreiheit
9	BF38 - Kommunikationshilfen Informationen am Empfang in der Eingangshalle; "Video- und Audiodolmetschen" ist in über 50 Sprachen möglich; Einsatz eines Gebärdensprachdolmetschers ist ebenfalls möglich; Alle datenschutzrechtlichen Belange und die ärztliche Schweigepflicht werden gewährleistet.
10	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme Patienten klingel an jedem Patientenbett und in jedem Patientenbad/ -toilette sind jeweils gut erreichbar.
11	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Der Haupteingang, Nebeneingang, alle Patientenzimmer und Therapie- und Serviceräume sind barrierefrei erreichbar. 6 Behindertenparkplätze stehen direkt vor dem Haupteingang zur Verfügung. Barrierefreie Erreichbarkeit des öffentl. Nahverkehrs in unmittelbarer Nähe des Haupteingangs.
12	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Der Haupt- und Nebeneingang sind stufenlos, ohne vorherige Anmeldung erreichbar. Barrierefreie Überrollbarkeit vom Parkplatz bzw. öffentl. Nahverkehr bis hin zum Behandlungsraum. Ein Aufzug mit Sprachansage, Leuchtanzeige und Braille-Schrift innerhalb des Gebäudes.
13	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen Patienten klingel an jedem Patientenbett und in jedem Patientenbad/ -Toilette, Lichtanzeigen an Türen der Patientenzimmer beim Drücken des Patientenrufs
14	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße CT bis 300 kg, MRT bis 250 kg; Röntgen bis 200kg, RAX für Patienten mit bes. Übergewicht oder Körpergröße sind durchführbar.
15	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen Personelle Unterstützung ist tagsüber (6:30 Uhr bis 16:00 Uhr) durch den Patiententransportdienst möglich, darüber hinaus über das Pflegepersonal in den jeweiligen Bereichen.
16	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen Alle Patientenzimmer verfügen über rollstuhlgerechte Sanitärräume.
17	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen Alle Serviceeinrichtungen sind rollstuhlgerecht erreichbar, z.B. Apotheke, Cafeteria, Frisör usw.
18	BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift alle Patienten- und Untersuchungszimmer und der Aufzug sind mit Braille-Schrift gekennzeichnet, im Aufzug zusätzlich Sprachansage und Leuchtanzeige
19	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift Sprachansage, Leuchtanzeige und Blindenschrift-/Braille-Beschriftung im Aufzug
20	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung in ganzer Klinik vorhanden

#	Aspekte der Barrierefreiheit
21	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) Aufzug mit Sprachansage und Braille-Schrift ist innerhalb des Gebäudes vorhanden und rollstuhlgerecht bedienbar.
22	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung Ausgestaltung einiger Patientenzimmer für Menschen mit Demenz, z.B. auf Intensivstation, Orthopädie & Traumatologie etc.; alle Stationsflure mit Handläufen ausgestattet; schwellenlose Patientenzimmer; stufenlos erreichbarer Patientengarten
23	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) Schwerlastbetten bis 250 kg und Bett- und Matratzenverlängerung, sowie entsprechende Dekubitusmatratzen werden vorgehalten. Die Betten sind elektrisch verstellbar.
24	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische OP - Tische bis 205 kg, Patiententransporter für Übergewichtige und besonders große Patienten bis 225 kg
25	BF10 - Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen stufen- und schwellenlos auf jeder Etage erreichbar
26	BF11 - Besondere personelle Unterstützung Hilfebedürftige werden vom Patiententransportdienst begleitet bzw. transportiert.
27	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen z.B. Hinweise zu Hygienemaßnahmen, Beschilderung der Toiletten usw.

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 Abnahme der 2. Ärztlichen Prüfung an der FSU Jena, Abnahme von Prüfungen zur Erlangung der Facharzt- und Teilgebietskompetenz (FA, TG) durch mehrere Chefärzte des Hauses
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) Betreuung bzw. Ausbildung von Famulanten/Medizinstudenten im PJ. Zur Verbesserung des letzten Ausbildungsabschnitts im Studiengang Humanmedizin wurde das Projekt "PJplus 2.0" des Universitätsklinikums Jena etabliert. PJ-Beauftragte und Mentorin: OÄ Dr. Katrin Rolle Tel. 0 36 44 57 19 93
3	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten Verbesserung des letzten Ausbildungsabschnitts im Studiengang Humanmedizin durch das Projekt "PJplus 2.0" des Universitätsklinikums Jena
4	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien Brustzentrum der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin jährliche Ausbildung findet im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau in Zusammenarbeit mit dem DEB Weimar, Grone Weimar, DBI Holzdorf sowie SBBZ Weimar statt
2	HB02 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin jährliche Ausbildung findet im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau statt
3	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin für Physiotherapiestudenten im Bachelor- und Master-Studiengang; Klinik bietet Praxiseinsätze im Rahmen des Studiums an
4	HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) Teile der Ausbildung zum Medizinischen Technologen/ zur Medizinischen Technologin für Radiologie (MT-R) finden in Kooperation mit externen Partnern statt
5	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) Teile der Ausbildung finden in Kooperation mit externen Partnern statt
6	HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme in Kooperation mit der Ernst-Abbe-Hochschule Jena: Geburtshilfe/ Hebammenkunde Dual und Hebammenwissenschaft/Midwifery - jeweils Bachelor of Science

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
7	HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)
	Teile der Ausbildung zum Medizinischen Technologen/in in der Laboratoriumsanalytik (MT-L) finden in Kooperation mit externen Partnern statt
8	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
	Teile der Ausbildung finden in Kooperation mit externen Partnern statt
9	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
	Teile der Ausbildung finden in Kooperation mit externen Partnern statt
10	HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
	Teile der praktischen Ausbildung; auch für Bachelorstudenten der Ernst-Abbe-Hochschule Jena
11	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
	jährliche generalistische Ausbildung findet in Zusammenarbeit mit dem DEB Weimar, GronebWeimar, DBI Holzdorf sowie SBBZ Weimar statt
12	HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
	Klinik bietet Praxiseinsätze im Rahmen des Studiums an

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	177
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	8363
Teilstationäre Fallzahl	49
Ambulante Fallzahl	22972
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	69,56			
Beschäftigungsverhältnis	Mit	69,37	Ohne	0,19
Versorgungsform	Ambulant	0,19	Stationär	69,37

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				37,89
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,7	Ohne	0,19
Versorgungsform	Ambulant	0,19	Stationär	37,7

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt				98,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	98,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	98,76

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				5,36
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,36

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

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,2

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,83

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				8,32
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,32

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

Pflegefachfrauen B. Sc. und Pflegefachmänner B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt				4,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,21

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				6,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,28

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				11,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,75

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

Gesamt				6
--------	--	--	--	---

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				7,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,38	Ohne	4,12
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,5

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

Es besteht keine regionale Versorgungsverpflichtung.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				1,43
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,43

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				7,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,21

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				1,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,59

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				1,45
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,45

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				1,35
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,35

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				6,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,28

SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik

Gesamt				2,67
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,67

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

Gesamt				6,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,66

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

Gesamt				5,08
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,08

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				0,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,9

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Mandy Peters
Telefon	03644 57 1216
Fax	03644 57 1080
E-Mail	m.peters@rkk-apolda.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	Krankenhausleitung (Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung) und Qualitätsmanagement, fachbezogen auch weitere Verantwortliche im Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement
---	---

Kontakt-daten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Jan Schwarz
Telefon	03644 57 14380
Fax	03644 57 1131
E-Mail	j.schwarz@rkk-apolda.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Krankenhausleitung (Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung), Risiko- und Qualitätsmanagement, fachbezogen auch weitere Verantwortliche im Bereich Risikomanagement

Tagungsfrequenz des Gremiums

bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
5	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
6	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
13	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation
	Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
14	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation
	Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation
	Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
16	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation
	Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
17	RM18: Entlassungsmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation
	Letzte Aktualisierung: 08.01.2025

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungswinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Frequenz: bei Bedarf
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Frequenz: bei Bedarf
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 01.12.2024

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
--	----

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Maßnahmen zur Patientenidentifikation, z.B. Anweisung zur Patientenidentifikation; bei geplanten interventionellen Maßnahmen: Patientenidentifikationsarmband für die gesamte Dauer des Klinikaufenthaltes, OP-Checkliste, präop. Markierung des OP-Gebietes; Schulungen und systematische Einarbeitung d. Personals; Einhaltung von Hygienemaßnahmen zur Vermeidung von Infektionen; Medikamentensicherheit; Nutzung des hausinternen Fehlermeldesystems; Aktualisierung der QM-Dokumentation

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Nein
---	------

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Die Hauptaufgabe der Krankenhaushygiene besteht darin, Infektionen im Krankenhaus zu verhüten, zu erkennen und zu behandeln.

Unser qualifiziertes Hygieneteam ist für alle Abteilungen des Krankenhauses tätig, um durch ein effizientes Hygienemanagement die bestmögliche Infektionsprävention für Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten. Regelmäßig werden alle Bereiche unseres Krankenhauses hygienisch überwacht, aktuelle Geschehnisse rund um die Hygiene analysiert und infektionsvorbeugende Maßnahmen beschlossen und umgesetzt.

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Krankenhaushygienikerin nach §6 ThürmedHygVO; zusätzlich Unterstützung durch eine externe Hygieneberatung

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Beide verfügen über die zertifizierte Fortbildung nach §7 ThürmedHygVO; als Hygienebeauftragte Ärzte abteilungsübergreifend tätig

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	anteilig als Hygienefachkraft tätig; nach §8 ThürmedHygVO (zusätzlich Unterstützung durch eine externe Hygieneberatung)

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	17
Erläuterungen	lt. ThürmedHygVO sind keine Hygienebeauftragten in der Pflege gefordert

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Huber
Telefon	03644 57 1003
Fax	03644 57 1080
E-Mail	m.kohler@rkk-apolda.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

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

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

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja
--	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	31,2
---	------

Intensivstationen

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	128,5
--	-------

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM01: Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: https://www.rkk-apolda.de/fileadmin/user_upload/2023_RKK_Apolda_GmbH_Qualitaetsbericht_final.pdf
2	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
3	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: 1. MRE Netzwerk Weimarer Land; 2. EndoCert - Zertifiziertes Endoprothetikzentrum Jena - Apolda; 3. QS WI: Vermeidung nosokomialer Infektionen - Postoperative Wundinfektionen; 4. Surveillance nosokomialer Infektionen nach den KRINKO - Vorgaben des RKI 1. Leitung: Gesundheitsamt des Landkreises Weimarer Land; 2. Erfassung aller periprothetischen Infektionen bei primär elektiven Knie - und Hüft - Endoprothesen Operationen; Teilnahme entsprechend der nationalen DeQS - Richtlinie; 4. jährliche interne Auswertung nach den KISS - Kriterien
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze
5	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
6	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: monatlich Pflichtschulungen: 1x/Jahr für jeden Mitarbeiter, alle 2 Jahre nach § 43 ISchG bei Lebensmittelkontakt; jährliche Fachfortbildung des Hygienefachpersonals; jährl. Teilnahme an einer Informationsveranstaltung zur regionalen Antibiotikaresistenzlage und -therapie (Pflichtschulung für ärztl. Dienst)

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

☒ ITS-KISS

☒ HAND-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja Identifikation von Beschwerden erfolgt mittels Fragebogen, der jedem stationär aufgenommenem Patienten ausgehändigt wird
2	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein Seit geraumer Zeit wird mittels Ausschreibung nach Patientenfürsprechern gesucht. Patientenfürsprecher beraten und unterstützen Patientinnen und Patienten bei Problemen und Beschwerden gegenüber dem Krankenhaus, in dem sie behandelt werden. Der/die Patientenfürsprecher/ in arbeitet ehrenamtlich, ist unabhängig und an die Schweigepflicht gebunden.
3	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
4	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
6	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
7	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
8	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
9	Einweiserbefragungen	Ja
10	Patientenbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	U. Koch

Telefon	03644 57 1001
Fax	03644 57 1002
E-Mail	a.minner@rkk-apolda.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Innere Medizin; Arzneimittelverantwortlicher - Chefarzt Dr. R. Secknus
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Roger Secknus
Telefon	03644 57 1307
Fax	03644 57 1301
E-Mail	sek.inn@rkk-apolda.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	2
Erläuterungen	vertraglich gesicherte Überwachung, Wälzung, Beratung sowie Medikamentenversorgung (auch im Notfall) durch eine Krankenhausapotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittellabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
5	AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: zentrale QM/RM-Dokumentation Letzte Aktualisierung: 08.01.2025
6	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
7	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
8	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
9	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
10	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
11	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- ☒ Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- ☒ Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- ☒ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- ☒ Sonstiges: Verwendung von Fertigarzneimitteln 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): elektr. Unterstützung bei der Arzneimittelbestellung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- ☒ Fallbesprechungen
- ☒ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- ☒ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- ☒ Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- ☒ Aushändigung des Medikationsplans
- ☒ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- ☒ Sonstiges: vertraglich gesicherte Zusammenarbeit mit einer Krankenhausapotheke; eine weitere Apotheke zur Nachversorgung direkt am Haus

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
Erläuterungen	ausliegende Flyer in sensiblen Bereichen (Kinderambulanz, Wochenstation, Kinderklinik, Kreißsaal)

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik ausliegende Flyer in sensiblen Bereichen (Kinderambulanz, Wochenstation, Kinderklinik, Kreißsaal)
2	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen regelmäßig (mind. vierteljährlich); Betrachtung von Einzelfällen in Fallkonferenzen; jährliche interne Schulung zur Erkennung und Bewertung kinderschutzrelevanter Fälle
3	SK03: Aufklärung vierteljährliche Teambesprechungen; Einzelfallanalyse
4	SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen Letzte Überprüfung: 01.12.2024
5	SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten zentrale Zufriedenheitsbefragung der Patienten
6	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl Thematisierung von Kinderschutz/ Schutzkonzept in Vorstellungsgesprächen
7	SK07: Sonstiges (Prävention) Etablierung Kinderschutzgruppe; Zusammenarbeit mit der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS); Fallkonferenzen mit der TAKS
8	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt Interventionsplan bei Verdacht auf sexuelle Übergriffe und Vorgehen bei Kinderschutzfällen Letzte Überprüfung: 01.12.2024
9	SK09: Sonstiges (Intervention) Aufnahme und Unterbringung eines Kindes/ Jugendlichen in einer Notsituation (Inobhutnahme) in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt Weimarer Land
10	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle Letzte Überprüfung: 01.12.2024
11	SK11: Sonstiges (Aufarbeitung) Fallbezogene Konferenzen mit dem zuständigen Jugendamt

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja Nutzung in der Radiologischen Abteilung sowie im Operationssaal
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
3	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja Nutzung in der Klinik für Innere Medizin und in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Einsatz auf Intensivstation bei chronischer Niereninsuffizienz und bei Nierenversagen (CVVHDF - kontinuierliche venovenöse Hämodiafiltration)
5	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja
6	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich Einsatz im Operationssaal
7	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich
8	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja Einsatz in der Radiologischen Abteilung
9	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich Einsatz in der Radiologischen Abteilung
10	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich Leistung für stat. Patienten als alternativlose Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem benachbarten Universitätsklinikum Jena
11	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich Nutzung bei Operationen zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion insbesondere bei Brustkrebs (Mammakarzinom).
12	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich Nutzung in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe zur genauen Messung der Harnmenge pro Zeiteinheit.
13	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja Nutzung in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin zur Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen

#	Gerätenummer	24h verfügbar
14	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja Nutzung in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bei Neugeborenen und Säuglingen zur Stabilisierung der Körpertemperatur und Versorgung mit warmer, feuchter Luft. Bei Bedarf können auch zusätzlich Sauerstoff zugeführt und Infusionen gelegt werden.
15	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich Nutzung bei minimal-invasiven Operationen zur gezielten Zerstörung von Tumorgewebe mittels Hochtemperaturtechnik
16	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich Nutzung im Operationssaal zur dreidimensionalen Darstellung von Organen während der Operation

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet
Erläuterungen	Teilnahme am TraumaNetzwerk Thüringen mit aktueller Zertifizierung als lokales TraumaZentrum - die Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) an die Behandlung von Schwerverletzten werden somit erfüllt

Stufen der Notfallversorgung

☒ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand	Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2).
---------	--

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 1

☒ SN01: Notfallversorgung Kinder (Basis)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt	Nein
---------	------

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] Klinik für Innere Medizin

In der Klinik für Innere Medizin werden Erkrankungen aus dem gesamten internistischen Bereich behandelt. Die Schwerpunkte sind Herz - Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen, Infektionserkrankungen, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, Tumorerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen einschließlich Diabetes mellitus, Suchterkrankungen und allergisch bedingte Krankheitsbilder.

Für diagnostische und therapeutische Interventionen steht uns eine leistungsfähige Endoskopieabteilung zur Verfügung, der eine funktionsdiagnostische Abteilung angegliedert ist.

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin

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 der Klinik für Innere Medizin
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Roger Secknus
Telefon	03644 571307
Fax	03644 571301
E-Mail	sek.inn@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Straße
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-innere-medizin/startseite/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
Erläuterungen	Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlanreizen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI00 - („Sonstiges“) nicht invasive Beatmung
2	VI00 - („Sonstiges“) Diagnostik und Therapie von akuter und chronischer ventilatorischer Insuffizienz bei Patienten mit Atempumpenermüdung bei COPD, Thoraxwand-Erkrankungen (z.B. Skoliose), neuromuskulären Erkrankungen (z.B. Muskeldystrophien, Postpoliosyndrom) und Obesitas-Hypoventilationssyndrom
3	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten Diagnostik: Echokardiographie, Stressecho, Ergometrie; Therapie: Lysetherapie
4	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes Diagnostik: Echokardiographie, Kreislaufmonitoring
5	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit Kardiomyopathie und entzündliche Herzerkrankungen; u.a. mit transösophagealer Echokardiographie (TEE)
6	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren Diagnostik: Doppler- und Duplexuntersuchung der Gefäße und radiologische Diagnostik, Therapie: medikamentöse Therapie/ Lysetherapie
7	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten Diagnostik: Duplexsonographie, Lymphknotenpunktionen, Endosonographie; Therapie: Antikoagulation, Lymphdrainagen, Physiotherapie
8	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten Diagnostik: Duplexsonographie der extra- und transkraniellen Gefäße; Therapie: Lysetherapie des Schlaganfalls
9	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) Diagnostik: Echokardiographie, Stressechokardiographie, Ergometrie, Langzeit-RR-Messung, Monitoring
10	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen Diagnostik: Sonographie und radiologische Diagnostik, Duplexsonographie, medikamentöse Therapie
11	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen Diagnostik: Beckenkammpunktionen, Histologien und Zytologien

#	Medizinische Leistungsangebote
12	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten Behandlung von Diabetes mellitus und Fettstoffwechselerkrankungen einschließlich strukturierter Schulungen
13	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) Diagnostik: ph-Metrie, Ösophagomanometrie, Gastroskopie, Koloskopie, Endosonographie Therapie: Anlage PEG/ PEJ, endoskopische Blutstillung (Injektion, Clip, Argonbeamer, Ligaturbehandlung), Stentanlage, Aufweitung v. Engstellen (Bougierung, Dilataton), Abtragung von Neubildungen (Frühkarzinom)
14	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas Diagnostik: Leberpunktionen, ERCP, Endosonographie mit Punktionen und Drainagen, Funktionsdiagnostik, Therapie: Stenteinlagen, Stein-Dilatation, Radiofrequenzablation
15	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge Diagnostik von entzündlichen und nichtentzündlichen Lungenerkrankungen: Bodyplethysmographie, Diffusionskapazitätsmessung, bronchiale Provokationsteste, Rechtsherzkatheter, Bronchologie, Therapie: Chemotherapie von Bronchialkarzinomen, Asthma- und COPD- Therapie einschließlich Schulungen
16	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura Diagnostik: Thoraxsonographie, Pleurapunktion; Therapie: Pleuradrainagen, Pleurodesen
17	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen Diagnostik und medikamentöse Therapie von Rheumatoidarthritis , Polymyalgie, Weichteilrheumatismus und Löfgren-Syndrom
18	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen Diagnostik aller häufigen onkologischen Erkrankungen; Therapie: schwerpunktmäßig Behandlung von Karzinomen der Verdauungsorgane
19	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten Diagnostik: gezielte Materialgewinnung von mikrobiologischen Proben (Endoskopie, Katheter, Kultur);Therapie: gezieltes infektiologisches Patientenmonitoring, besondere Beachtung der multiresistenten Erreger
20	VI20 - Intensivmedizin Möglichkeit der invasiven und nicht invasiven Beatmung, Monitoring
21	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien Diagnostik: Allergenübersichtstest als Hauttest, unspezifische Provokationstestungen, Kreislaufmonitoring bei Anaphylaxiepatienten
22	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen besondere Berücksichtigung des Alters der Patienten bei der Verordnung von medikamentösen und physiotherapeutischen Maßnahmen
23	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen Notfallbehandlung des Alkohol-Entzugs
24	VI27 - Spezialsprechstunde
25	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
26	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
27	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen Diagnostik: Echokardiographie, telemetrische Patientenüberwachung, Langzeit- EKG, Ergometrie, Therapie: Schrittmachertherapie, Implantation von Defibrillatoren und Ereignisrecordern; Kardioversion, medikamentöse Therapie unter Monitorüberwachung
28	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
29	VI35 - Endoskopie
30	VI38 - Palliativmedizin In Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen
31	VI39 - Physikalische Therapie
32	VI40 - Schmerztherapie Teilnahme am hausinternen Konzept "Qualifizierte Schmerztherapie"
33	VI42 - Transfusionsmedizin
34	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen Diagnostik und Therapie, z.B. endoskopische Aufweitung von Engstellen
35	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
36	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
37	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
38	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
39	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
40	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
41	VD15 - Dermatohistologie
42	VD17 - Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
43	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)

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

Vollstationäre Fallzahl	2923
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	241
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	159
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	98
4	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	83
5	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	81
6	E86	Volumenmangel	77

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	76
8	G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	55
9	R55	Synkope und Kollaps	52
10	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	48
11	K29.1	Sonstige akute Gastritis	47
12	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	41
13	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	39
14	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	39
15	K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	38
16	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	37
17	T78.3	Angioneurotisches Ödem	36
18	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	34
19	R42	Schwindel und Taumel	33
20	R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	27
21	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	27
22	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	26
23	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	25
24	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	25
25	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	24
26	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	22
27	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	22
28	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	21
29	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	20
30	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	20

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	296
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	198
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	123
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	108
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	98
6	I63	Hirnfarkt	86
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	86
8	E86	Volumenmangel	77
9	K29	Gastritis und Duodenitis	71

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
10	K80	Cholelithiasis	70
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	65
12	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	61
13	K85	Akute Pankreatitis	54
14	R55	Synkope und Kollaps	52
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	48
16	R07	Hals- und Brustschmerzen	48
17	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	45
18	I21	Akuter Myokardinfarkt	44
19	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	41
20	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	41
21	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	39
22	R42	Schwindel und Taumel	33
23	I26	Lungenembolie	30
24	A41	Sonstige Sepsis	30
25	R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	29
26	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	29
27	J20	Akute Bronchitis	28
28	N17	Akutes Nierenversagen	26
29	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	26
30	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	26

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	514
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	474
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	409
4	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	393
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	239
6	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	202
7	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	196
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	187
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	163
10	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	162
11	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	152
12	1-710	Ganzkörperplethysmographie	148
13	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	140
14	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	139
15	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	130

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	123
17	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	117
18	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	106
19	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	103
20	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	97
21	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	75
22	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	75
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	68
24	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	65
25	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	61
26	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	59
27	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	59
28	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	52
29	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	51
30	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	49

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1490
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	519
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	439
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	342
5	5-469	Andere Operationen am Darm	325
6	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	308
7	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	212
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	187
9	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	182
10	3-056	Endosonographie des Pankreas	163
11	1-710	Ganzkörperplethysmographie	148
12	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	141
13	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	140
14	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	117

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	117
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	111
17	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	76
18	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	62
19	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	59
20	5-449	Andere Operationen am Magen	49
21	8-900	Intravenöse Anästhesie	41
22	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	39
23	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	31
24	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	30
25	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	28
26	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	28
27	8-126	Transanale Irrigation	26
28	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	26
29	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	23
30	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	23

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz In der Notaufnahme erfolgt 24h pro Tag die Versorgung von Notfallpatienten durch das qualifizierte Pflege- und Ärzteteam der NFA, sowie durch Ärzte der Fachabteilungen.

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz	VI00 - („Sonstiges“)

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	429
2	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	192
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	187
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	168
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	95
6	3-056	Endosonographie des Pankreas	75
7	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	58

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
8	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	54
9	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	39
10	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	19
11	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	18
12	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	17
13	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	16
14	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	15
15	3-053	Endosonographie des Magens	6
16	3-054	Endosonographie des Duodenums	5
17	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	5
18	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	4
19	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	< 4
20	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	< 4
21	3-051	Endosonographie des Ösophagus	< 4
22	5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	< 4
23	5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	< 4
24	5-378.5f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	< 4
25	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	< 4
26	8-123.00	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Ohne jejunale Sonde	< 4
27	5-378.5c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	< 4
28	8-123.01	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Mit jejunaler Sonde	< 4
29	8-123.1	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	499
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	399

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	282
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	75
5	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	58
6	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	38
7	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	19
8	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	18
9	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	13
10	3-053	Endosonographie des Magens	6
11	3-054	Endosonographie des Duodenums	5
12	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	4
13	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
14	3-051	Endosonographie des Ösophagus	< 4
15	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 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

Das medizinisch-technische Personal ist in diesem Bericht unter Punkt A 11.4 abgebildet.

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		15,69	Fälle je VK/Person	186,297012
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,69

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,33	Fälle je VK/Person	675,057739
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,33

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
	Weiterbildungsermächtigung über 24 Monate, davon 6 Monate Intensivmedizin und 6 Monate Notfallaufnahme
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
	Weiterbildungsermächtigung über 18 Monate
3	AQ23 - Innere Medizin
	Weiterbildungsberechtigung über 60 Monate Innere Medizin, davon 6 Monate Intensivmedizin und 6 Monate Notfallaufnahme

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
	linikübergreifend
2	ZF39 - Schlafmedizin
	Dr. A. Kemper
3	ZF62 - Krankenhaushygiene
	linikübergreifend

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		21,42	Fälle je VK/Person	136,461243
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	21,42

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

Gesamt		0,43	Fälle je VK/Person	6797,67432
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,43

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,37	Fälle je VK/Person	7900
--------	--	------	-----------------------	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,37

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		3,33	Fälle je VK/Person	877,7778
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,33

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

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	5846
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	974,3333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,71	Fälle je VK/Person	1709,35669
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,71

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege klinikübergreifend
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst klinikübergreifend
4	PQ13 - Hygienefachkraft klinikübergreifend
5	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ21 - Casemanagement klinikübergreifend

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
	Therapie durch Physiotherapie; klinikübergreifend
3	ZP03 - Diabetes
	Diabetesberatung; klinikübergreifend
4	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	ZP05 - Entlassungsmanagement
	klinikübergreifend
6	ZP06 - Ernährungsmanagement
	Ernährungsberatung; klinikübergreifend
7	ZP08 - Kinästhetik
	klinikübergreifend
8	ZP13 - Qualitätsmanagement
	klinikübergreifend
9	ZP14 - Schmerzmanagement
	Pain Nurse
10	ZP16 - Wundmanagement
	Wundexperte; klinikübergreifend
11	ZP35 - Aromapflege
	klinikübergreifend

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

trifft nicht zu

B-[1000] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Das Team von Pflegenden und Ärzten der Kinderklinik des Krankenhauses strebt nach einer bestmöglichen Betreuung und Versorgung der Kinder und Jugendlichen aller Altersgruppen in einer komfortabel ausgestatteten Abteilung.

Wenn möglich erfolgt die Mitaufnahme eines Elternteils.

In enger Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen werden akute und chronische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters diagnostiziert und behandelt. In besonderen Fällen erfolgt entsprechend den Erfordernissen eine Verlegung bzw. Überweisung in spezialisierte Kliniken.

Schwerpunkte unseres Behandlungs- und Betreuungsspektrums sind die Allgemeinpädiatrie, Behandlung und Betreuung von kranken Neugeborenen und Frühgeborenen der vollendeten 32. SSW mit einem Geburtsgewicht über 1500g, Pulmologie/ Allergologie und pädiatrische Schlafmedizin. Diagnostische Möglichkeiten und eine Grundversorgung erstrecken sich auch auf Bereiche der Endokrinologie, Neurologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Nephrologie.

Neben der Notfallversorgung ambulanter Patienten und Patientinnen erfolgen ambulante Konsultationen und Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen auf Überweisung in einer pädiatrisch pulmonologischen Spezialsprechstunde.

B-[1000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1000 - Pädiatrie

B-[1000].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Titel, Vorname, Name	Dipl.- Med. Marian Eulitz
Telefon	03644 57 1602
Fax	03644 57 1601
E-Mail	sek.paed@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Straße
Hausnummer	66
PLZ	99510

Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-kinder-und-jugendmedizin/willkommen/

B-[1000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
Erläuterungen	Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlanreizen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

B-[1000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
	VK00 - („Sonstiges“)
1	Diagnostik u. Therapie schlafbezogener Störungen bei Kindern: schlafbezogene Atmungsstörungen, Ein- u. Durchschlafstörungen, Bewegungs- u. Verhaltensstörungen; Diagnostik und Prävention für lebensbedrohende Zustände im Säuglingsalter. Polysomnographie, EEG, Atemunterstützung (CPAP) und Beatmung
2	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen initiale Diagnostik und konservative Behandlung von angeborenen und erworbenen Herzfehlern, Rhythmusstörungen, Entzündungen, funktionelle Erkrankungen, Echokardiographie, Langzeit-EKG und Langzeit-RR, funktionelle Kreislaufdiagnostik- in Zusammenarbeit mit spezialisierter Einrichtung
3	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen Diagnostik und konservative Behandlung von Hypertonie, Synkopen, Vaskulitiden, funktionellen Erkrankungen
4	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen primäre Diagnostik und Therapieeinleitung bei Fehlbildungen, Harntransportstörungen, Harntraktinfektionen, Urolithiasis, Inkontinenz, Enuresis; dann Verweisung an Zentrum
5	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) Diabetes und dessen Entgleisungen, Hyper- und Hypothyreose
6	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes Diagnostik und konservative Behandlung von Infektionen und funktionellen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, akut entzündlichen/chron. Darmerkrankungen. Chirurgisch relevante Erkrankungen (Appendicitis, Hernien) werden in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik behandelt.
7	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas Diagnostik und konservative Therapie von Hepatitiden, Pankreatitiden. Das Gallensteinleiden wird bei Jugendlichen operativ in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik behandelt.

#	Medizinische Leistungsangebote
8	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge Infektionen der Atemwege, Asthma bronchiale, Fremdkörperaspirationen, akute und chronische respiratorische Insuffizienz, Fehlbildungen. Apparative Unterstützung mit CPAP und nichtinvasive Beatmung mit Verlaufskontrollen. Komplexe Lungenfunktionsuntersuchung
9	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen Einleitung der Diagnostik und Therapie
10	VK10 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen Primärdiagnostik. Bei Verdacht auf onkologische Erkrankung erfolgt die Überweisung an ein onkologisches Zentrum.
11	VK11 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen Anämie, Hämophilie, Hyperbilirubinämie, Erstdiagnostik bei Leukosen. Bei Verdacht auf eine onkologische Erkrankung erfolgt die Überweisung an ein onkologisches Zentrum.
12	VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin Postnatale Erstversorgung ("Perinataler Schwerpunkt") und Weiterbetreuung entsprechend der neonatologischen Versorgungsstufen von Früh- und Neugeborenen
13	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien bei Erkrankungen des atopischen Formenkreises (Allergie, atopische Dermatitis, Asthma) und allergischen Reaktionen auf Insekten, Medikamente und Nahrungsmittel
14	VK14 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) Einleitung der Diagnostik und Therapie
15	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen Erstdiagnostik bei Verdacht auf angeborene Stoffwechselerkrankungen, Störung des Stoffwechsels von Aminosäuren und organischen Säuren, Hypoglykämie, Hyperammonämie, Ketonämie, Defekte der Fettsäureoxidation, Hyperlipoproteinämie.
16	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen Erstdiagnostik bei Fehlbildungen des ZNS und des Rückens, viraler und bakterieller Infektionen, Lähmungen, Ataxien, Restless legs-Syndrom. Diagnostik (EEG, Nacht-EEG, Video, Polysomnographie) und medikamentöse Therapie bei cerebralen Anfällen.
17	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit akuter und chronischer respiratorischer Insuffizienz in Folge neuromuskulärer Erkrankungen. Apparative Versorgung mit CPAP oder Heimbeatmung bei Zerebralparese, spinaler Muskelatrophie, Muskeldystrophie.
18	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen Einleitung Diagnostik und Therapie

#	Medizinische Leistungsangebote
	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
19	Kraniofaziale Dysmorphien mit Obstruktionen der Atemwege. Alkoholembryopathie, Entzugssyndrome. Erstversorgung bei kinderchirurgisch relevanten Erkrankungen Neugeborener. Saugglockenbehandlung nach Klobe bei älteren Kindern mit Trichterbrust.
	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
20	Begleitende Diagnostik und symptomatische Therapie bei Down-Syndrom, Patau-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Silver-Russell-Syndrom, Franceschetti-Syndrom und Goldenhar-Syndrom, sowie anderen Syndromen mit Einschränkung der Atmung
	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
21	Asphyxie, Atemnotsyndrom, Flüssigkeitslunge, kardiopulmonale Anpassungsstörungen, Elektrolytstörungen, Ernährungsschwierigkeiten, Betreuung von Müttern mit Gestationsdiabetes, neonatale Infektion, Vitien, Rhythmusstörungen, Krampfanfälle, Ikterus, Vorsorgeuntersuchung (U1,U2) bei allen Neugeborenen
	VK23 - Versorgung von Mehrlingen
22	Postnatale Versorgung von Zwillingsgeburten ab vollendeter 32. SSW, >1500g Geburtsgewicht
	VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
23	Perinatale Beratung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe nach den qualitativen Vorgaben im Rahmen der Einstufung als "Perinataler Schwerpunkt".
	VK25 - Neugeborenencreening
24	Erweitertes Stoffwechsel-Neugeborenencreening nach gesetzlicher Vorgabe, Neugeborenen-Hörscreening, Oxymetrie, Sonographie Hüfte, Sonographie ZNS, Brückner-Test
	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
25	Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen nach Diagnosestellung
	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
26	Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen nach Diagnosestellung
	VK29 - Spezialsprechstunde
27	ambulante Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der kindlichen Lunge (Asthma bronchiale, Infektionserkrankungen, Fehlbildungen/thorakale Deformierungen); allergologische Diagnostik (Hauttests, serologische Diagnostik, Provokationsuntersuchungen)Bodypletysmographie, Ergometrie, Spirometrie
	VK31 - Kinderchirurgie
28	Interdisziplinäre Betreuung in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Chirurgie; Behandlung chirurgisch relevanter abdominaler Notfälle, Hernien, Inguinalchirurgie, Phimosen bei Kindern jenseits des Säuglings- und frühen Kleinkindesalters
	VK32 - Kindertraumatologie
29	Interdisziplinäre Betreuung mit Ärzten der Klinik für Unfallchirurgie. Konservative und ggf. operative Behandlung von Verletzungen des Schädels, Thorax, Abdomens und der Extremitäten jenseits des Säuglings- und frühen Kleinkindesalters

#	Medizinische Leistungsangebote
30	VK34 - Neuropädiatrie Diagnostik und Therapie cerebraler Anfallsgeschehen sowie anderer neurologischer Störungen; Zusammenarbeit mit einer Praxis für Kinderneurologie. Patienten mit zerebralen Bewegungsstörungen und Lähmungen, Kopfschmerzen, Ernährungsproblemen (PEG)
31	VK36 - Neonatologie Versorgung Früh- und Neugeborener entsprechend des perinatalen Schwerpunkts (ab vollendeter 32. SSW, und/ oder ab Geburtsgewicht 1500 g)
32	VK37 - Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen nach Diagnosestellung
33	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
34	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
35	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
36	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

B-[1000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	603
Teilstationäre Fallzahl	49

B-[1000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	73
2	R06.88	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung	28
3	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	23
4	J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	16
5	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	14
6	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	13
7	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	13
8	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	13
9	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	11
10	G47.39	Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet	11
11	P22.8	Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	11
12	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	11
13	A08.0	Enteritis durch Rotaviren	11
14	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	10
15	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	10
16	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	9
17	R11	Übelkeit und Erbrechen	8

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	8
19	R55	Synkope und Kollaps	8
20	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	8
21	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	8
22	P81.9	Störung der Temperaturregulation beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet	8
23	J20.6	Akute Bronchitis durch Rhinoviren	7
24	T78.3	Angioneurotisches Ödem	7
25	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	7
26	Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	7
27	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	7
28	P07.12	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm	7
29	H66.9	Otitis media, nicht näher bezeichnet	6
30	I95.1	Orthostatische Hypotonie	6

B-[1000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	74
2	R06	Störungen der Atmung	33
3	G47	Schlafstörungen	32
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	24
5	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	23
6	J20	Akute Bronchitis	20
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19
8	J21	Akute Bronchiolitis	16
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	14
10	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	14
11	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	13
12	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	13
13	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	13
14	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	13
15	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	13
16	P59	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	11
17	K35	Akute Appendizitis	10
18	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	10
19	S52	Fraktur des Unterarmes	10
20	P28	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode	9
21	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	9
22	R55	Synkope und Kollaps	8

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
23	R11	Übelkeit und Erbrechen	8
24	P81	Sonstige Störungen der Temperaturregulation beim Neugeborenen	8
25	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8
26	J45	Asthma bronchiale	8
27	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	7
28	I95	Hypotonie	6
29	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	6
30	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	6

B-[1000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	443
2	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	258
3	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	208
4	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	71
5	1-790	Polysomnographie	63
6	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	59
7	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	57
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	19
9	8-126	Transanale Irrigation	17
10	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	16
11	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	15
12	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	10
13	1-710	Ganzkörperplethysmographie	7
14	9-500.1	Patientenschulung: Grundlegende Patientenschulung	7
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	7
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	6
17	8-900	Intravenöse Anästhesie	4
18	8-717.1	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie	4
19	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	4
20	8-200.6	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Radius distal	4
21	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	4
22	5-790.25	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft	< 4
23	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
24	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
25	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
27	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	< 4
28	5-778.0	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht: Naht (nach Verletzung), einschichtig	< 4
29	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	< 4
30	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	< 4

B-[1000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	466
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	443
3	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	71
4	1-790	Polysomnographie	63
5	8-390	Lagerungsbehandlung	59
6	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	57
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	39
8	8-126	Transanale Irrigation	17
9	8-560	Lichttherapie	16
10	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	15
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	13
12	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	10
13	9-500	Patientenschulung	8
14	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	7
15	1-710	Ganzkörperplethysmographie	7
16	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	6
17	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	5
18	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	4
19	8-900	Intravenöse Anästhesie	4
20	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
21	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	< 4
22	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
23	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
24	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	< 4
25	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
26	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
27	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
28	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4
29	5-511	Cholezystektomie	< 4
30	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4

B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Fachambulanz Pädiatrie
2	AM07 - Privatambulanz	Fachambulanz Pädiatrie
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)	Fachambulanz Pädiatrie Asthmadiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Provokationsverfahren im Rahmen der Asthmadiagnostik, allergologische Diagnostik, Bronchoskopie (zusammen mit der Klinik für Innere Medizin), Beatmungsmedizin, Schweißtest Beratung bei Trichterbrust-Patienten; OA Dipl. Med. G. Kemper
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz In der Notaufnahme erfolgt 24h pro Tag die Versorgung von Notfallpatienten durch das qualifizierte Pflege- und Ärzteteam der NFA , sowie durch die Ärzte unserer Fachabteilungen.

B-[1000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachambulanz Pädiatrie	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
2	Fachambulanz Pädiatrie	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
3	Notfallambulanz	VK00 - („Sonstiges“)

B-[1000].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

keine

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

B-[1000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1000].11 Personelle Ausstattung

B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,11	Fälle je VK/Person	84,81012
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,11

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,44	Fälle je VK/Person	175,2907
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,44

B-[1000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ35 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
2	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
	Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet Pädiatrie 36 Monate

B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF62 - Krankenhaushygiene
	klinikübergreifend
2	ZF28 - Notfallmedizin
	Neugeborenennotarzt
3	ZF20 - Kinder-Pneumologie (MWBO 2003)

B-[1000].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		8,33	Fälle je VK/Person	72,38896
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,33

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1,33	Fälle je VK/Person	453,383453
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,33	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,33
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)				
Gesamt		1	Fälle je VK/Person	603
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[1000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor B. Sc. Pflege/ Pflegeleitung
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege klinikübergreifend
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst klinikübergreifend
5	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
6	PQ11 - Pflege in der Nephrologie
7	PQ13 - Hygienefachkraft klinikübergreifend
8	PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
9	PQ20 - Praxisanleitung
10	PQ21 - Casemanagement klinikübergreifend

B-[1000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes Diabetesberatung, klinikübergreifend
2	ZP05 - Entlassungsmanagement klinikübergreifend
3	ZP06 - Ernährungsmanagement Ernährungsberatung, klinikübergreifend
4	ZP08 - Kinästhetik klinikübergreifend

#	Zusatzqualifikation
5	ZP13 - Qualitätsmanagement
	ambulanzübergreifend
6	ZP14 - Schmerzmanagement
	Pain Nurse
7	ZP16 - Wundmanagement
	Wundexperte, ambulant
8	ZP28 - Still- und Laktationsberatung
	ambulanzübergreifend

B-[1000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für
Psychiatrie und Psychosomatik

trifft nicht zu

B-[1500] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Patienten als Individuen, an deren persönliche Voraussetzungen und Begleitfaktoren die Behandlung angepasst werden muss. Dies wird durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil an erfahrenen Fach- und Oberärzten in der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie durchgehend gewährleistet, die durch andauernde Weiterbildung eine chirurgische Behandlung nach modernsten Erkenntnissen durchführen. Durch die Struktur des Hauses wird eine einzigartige, fast familiäre Umgebung während der Behandlung geboten. So haben Patienten jederzeit, von der Sprechstunde über die stationäre Behandlung sowie der Nachkontrolle, direkten Kontakt mit ihrem behandelnden Arzt bzw. Operateur.

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

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 der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie; Ärztlicher Direktor; Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Huber
Telefon	03644 571102
Fax	03644 571131
E-Mail	sek.chir@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Straße
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie/startseite

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von	
--	--

Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
Erläuterungen	Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlanreizen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

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

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC00 - („Sonstiges“)
1	Operation von Hämorrhoidalleiden(Stapler-Operationen n. LONGO, HAL/RAR- Methode MvRaL, Milligan-Morgan, Sklerosierung, Gummibandligaturen), Fisteloperationen, Operationen am Beckenboden; Besonderer Schwerpunkt: Behandlung der Stuhlinkontinenz mittels Neuromodulator (Schrittmacher)
	VC05 - Schrittmachereingriffe
2	Die Implantation von Herzschrittmachern sowie die Korrektur bei etwaigen Störungen der Funktion werden in Zusammenarbeit mit den Kardiologen durchgeführt.
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
3	Defibrillatoreingriffe erfolgen in Zusammenarbeit mit den Kardiologen der Klinik für Innere Medizin- sowohl die Neueinpflanzung von Defibrillatoren sowie auch die Revisionen z.B. bei Batterieerschöpfung gehören zum Spektrum
4	VC08 - Lungenembolektomie
5	VC09 - Behandlung von Verletzungen am Herzen
6	VC10 - Eingriffe am Perikard
	VC11 - Lungenchirurgie
7	In der Thoraxchirurgie besteht die Möglichkeit zur Diagnostik und Therapie gut- und bösartiger Erkrankungen der Lunge, des Brustfells und des Mediastinums. Es werden offene und thorakoskopische Eingriffe durchgeführt. Bronchoskopie unter diagnostischen und interventionellen Gesichtspunkten.
	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
8	Folgen von Verletzungen des Thorax wie Pneumothorax und Hämatothorax können sowohl thorakoskopisch als auch durch Eröffnung des Brustkorbs behandelt werden. Ebenso ist die Versorgung eines instabilen Thorax nach Rippenserienfraktur möglich.
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
9	Thorakoskopische Diagnostik und Behandlung von Pneumo-, Sero- und Hämatothorax, von unklaren Lungenbefunde (sog. Rundherde) und interstitiellen Lungenerkrankungen. Behandlung von malignen Pleuraergüssen durch Pleurodese und Versorgung von infektiösen Erkrankungen der Pleura (Empyem).
	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
10	Bei akuten und chronischen arteriellen Durchblutungsstörungen, Aneurysmen und anderen arteriellen, chirurgisch relevanten Krankheiten werden Operationen an den großen Gefäßen des Halses und der Extremitäten durchgeführt. Hierbei erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit der Radiologie.

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen Neben physiotherapeutischen Maßnahmen (Laufband...) sorgen wir für die Verbesserung der arteriellen Durchblutung mit Medikamenten, welche eingenommen oder als Infusion verabreicht werden. Weiterhin besteht die Möglichkeit der CT-gestützten Sympatikolyse.
12	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen Krampfaderoperationen finden vorwiegend als ambulante Operationen statt. Venöse Ulcera, sog. Krampfadergeschwüre bedürfen meist einer umfangreicheren Behandlung und finden deshalb in der Klinik statt.
13	VC21 - Endokrine Chirurgie Eingriffe an der Schilddrüse, Nebenschilddrüsen und Nebennieren werden bei gutartigen und bösartigen Neubildungen vorgenommen. Zur Identifizierung und Schonung des Stimmbandnerven findet ein Neuromonitoring desselben Anwendung. Die Klinik ist zert. Deutsches Schilddrüsenzentrum
14	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie Alle gut- und bösartigen Erkrankungen des Magen- Darm- Traktes, welche einer operativen Versorgung bedürfen, können behandelt werden. Bei Tumorpatienten findet eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit statt.
15	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie Therapie von Erkrankungen der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse inkl. Tumorchirurgie. Chirurgische Behandlung von Metastasen der Leber durch Resektion und Mikrowellenablation, die auch minimalinvasiv durchgeführt werden. Chir. Eingriffe bei chronischer Pankreatitis und Pankreaskarzinom.
16	VC24 - Tumorchirurgie Die chirurgische Behandlung von Tumorerkrankungen basiert auf der intensiven Zusammenarbeit und Vorgehensplanung von Onkologen, Radiologen und Chirurgen. Erkrankungen des Magen- Darm-Kanales, der Schilddrüse, der Haut- und Weichteile werden bei uns behandelt.
17	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren Intensive Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Wundmanagern, Krankengymnasten und Pflegepersonal sind unbedingte Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Plastisch -chirurgische Eingriffe sowie biochirurgische Verfahren finden Anwendung.
18	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerz Erkrankungen
19	VC52 - Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
20	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen Neben der laparoskopischen Entfernung von Wurmfortsatz und Gallenblase werden Darmresektionen (inkl. Krebs) in 3D-Videotechnik, bestimmte Eingriffe am Magen sowie der Milz ausgeführt. Atypische Leberresektionen, Operation von Zwerchfellbrüchen und Verwachsungen gehören ebenso zum Spektrum.
21	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
22	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe Operative Behandlung von bösartigen Hauttumoren, Dekubitusversorgung und die Behandlung sog. "offener Beine". Hier kommen neben der plastischen Deckung durch Lappenplastiken und Hauttransplantationen auch Vakuumverbände und biochirurgische Verfahren (Madentherapie) zum Einsatz.
23	VC58 - Spezialsprechstunde

#	Medizinische Leistungsangebote
24	VC59 - Mediastinoskopie Die Mediastinoskopie erfolgt im Rahmen der Vorbereitung auf lungenresezierende Eingriffe (sog. Staging) und zur Diagnostik von unklaren Lymphknotenvergrößerungen im Mittelfell.
25	VC61 - Dialyseshuntchirurgie Sämtliche Verfahren zur Anlage von Dialyseshuntsanlagen (AV-Fistel, Implantation von Prothesenmaterialien, Peritonealdialysekatheter) werden ausgeführt.
26	VC62 - Portimplantation Implantation von venösen Verweilkathetern zur Ernährung und zur Chemotherapie
27	VC63 - Amputationschirurgie In der Amputationschirurgie legen wir besonderen Wert darauf, die unumgänglichen Amputationen so klein wie möglich zu halten. Im Vordergrund der Behandlung stehen immer Maßnahmen zur Extremitätenerhaltung. Die unmittelbare prothetische Versorgung bei ausgedehnten Amputationen ist gewährleistet.
28	VC66 - Arthroskopische Operationen
29	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen- in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie und Durchführung intensivmedizinischer Komplexbehandlung
30	VC71 - Notfallmedizin
31	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
32	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
33	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
34	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
35	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
36	VD20 - Wundheilungsstörungen

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

Vollstationäre Fallzahl	1345
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	107
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	103
3	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	54
4	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	48
5	A46	Erysipel [Wundrose]	43

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	38
7	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	36
8	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	35
9	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	31
10	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	28
11	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	23
12	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	22
13	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	22
14	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	21
15	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	21
16	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	21
17	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	20
18	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	19
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	16
20	K61.0	Analabszess	15
21	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	15
22	K60.3	Analfistel	13
23	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	12
24	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	12
25	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	12
26	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	12
27	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	11
28	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	11
29	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	10
30	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	10

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	196
2	K40	Hernia inguinalis	161
3	I70	Atherosklerose	84
4	K57	Divertikulose des Darmes	81
5	K43	Hernia ventralis	64
6	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	43
7	A46	Erysipel [Wundrose]	43
8	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	42

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	K35	Akute Appendizitis	40
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma	36
11	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	27
12	K42	Hernia umbilicalis	27
13	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	25
14	L03	Phlegmone	25
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	22
16	L05	Pilonidalzyste	17
17	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	17
18	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	17
19	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	17
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	16
21	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	16
22	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	16
23	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	16
24	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	11
25	M86	Osteomyelitis	11
26	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	9
27	I83	Varizen der unteren Extremitäten	8
28	K44	Hernia diaphragmatica	8
29	R15	Stuhlinkontinenz	8
30	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	8

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	184
2	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	142
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	107
4	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	103
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	77
6	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	57
7	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	48
8	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm² bis unter 100 cm²	47
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	45
10	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	43
11	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	42

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
12	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	41
13	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	34
14	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	32
15	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	32
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	31
17	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	27
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	26
19	5-04a.2	Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lumbosakral	25
20	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	24
21	5-536.46	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik	21
22	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	19
23	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	19
24	8-126	Transanale Irrigation	18
25	5-932.44	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 200 cm² bis unter 300 cm²	18
26	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	18
27	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	18
28	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	18
29	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	17
30	5-541.1	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	17

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	292
2	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	234
3	5-511	Cholezystektomie	199
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	162
5	5-469	Andere Operationen am Darm	101
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	67
7	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	63
8	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	60
9	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	53
10	5-470	Appendektomie	52
11	1-654	Diagnostische Rektoskopie	50
12	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	49
13	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	41
14	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	37
15	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	36

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	35
17	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	35
18	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	34
19	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	32
20	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	31
21	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	30
22	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	28
23	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	27
24	5-04a	Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	25
25	5-061	Hemithyreoidektomie	24
26	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	22
27	5-393	Anlegen eines anderen Shunt und Bypasses an Blutgefäßen	20
28	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	20
29	5-381	Enderteriektomie	20
30	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	20

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Fachambulanz Chirurgie
2	AM07 - Privatambulanz	Fachambulanz Chirurgie
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)	Fachambulanz Chirurgie besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Viszeralchirurgie: Chefarzt Dr. M. Huber
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gefäßchirurgische Ambulanz
5	AM07 - Privatambulanz	Gefäßchirurgische Ambulanz
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gefäßchirurgische Ambulanz besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet arterieller, venöser und Lymphgefäßerkrankung; Behandlung chronischer und komplizierter Wunden; OA Dr. S. Hilbig
7	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Proktologische Ambulanz
8	AM07 - Privatambulanz	Proktologische Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
9	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)	Proktologische Ambulanz besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der ambulanten speziellen chirurgischen Proktologie; OA Dr. G. Porse
10	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Apolda GmbH
11	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz In der Notaufnahme erfolgt 24h pro Tag die Versorgung von Notfallpatienten durch das qualifizierte Pflege- und Ärzteteam der NFA , sowie durch die Ärzte unserer Fachabteilungen.

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
3	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
5	Gefäßchirurgische Ambulanz	VC62 - Portimplantation
6	Notfallambulanz	VC00 - („Sonstiges“)
7	Proktologische Ambulanz	VC00 - („Sonstiges“)
8	Proktologische Ambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
9	Proktologische Ambulanz	VC24 - Tumorchirurgie
10	Fachambulanz Chirurgie	VC24 - Tumorchirurgie
11	Fachambulanz Chirurgie	VC21 - Endokrine Chirurgie
12	Fachambulanz Chirurgie	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
13	Fachambulanz Chirurgie	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
14	Fachambulanz Chirurgie	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	373
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	103
3	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	98
4	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	81
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	49
6	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	33
7	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	31

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
8	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	24
9	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	17
10	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	12
11	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	12
12	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	11
13	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	8
14	3-056	Endosonographie des Pankreas	7
15	5-385.9d	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvene	7
16	5-534.34	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	7
17	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	6
18	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	5
19	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5
20	5-491.10	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Subkutan	4
21	5-493.5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler	4
22	5-493.71	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur einer A. haemorrhoidalis: Mit rektoanaler Rekonstruktion [Recto-anal-repair]	4
23	5-385.7a	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena parva	< 4
24	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
25	5-491.0	Operative Behandlung von Analfisteln: Inzision (Spaltung)	< 4
26	5-491.12	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinktar	< 4
27	5-493.01	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 2 Hämorrhoiden	< 4
28	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
29	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
30	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	430
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	152
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	131
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	86
5	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	39
6	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	28

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	19
8	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	11
9	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	9
10	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	9
11	3-056	Endosonographie des Pankreas	7
12	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	6
13	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	6
14	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	5
15	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
16	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
17	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
18	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
19	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
20	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
21	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	< 4
22	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
23	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
25	5-640	Operationen am Präputium	< 4
26	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
27	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
28	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	< 4
29	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
30	5-853	Rekonstruktion von Muskeln	< 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		9,73	Fälle je VK/Person	139,522827
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,73	Ohne	0
	Ambulant	0,09	Stationär	9,64

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,7	Fälle je VK/Person	203,479568
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,09	Stationär	6,61

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie Weiterbildungsermächtigung FA Viszeralchirurgie 54 Monate
2	AQ07 - Gefäßchirurgie Weiterbildungsermächtigung FA Gefäßchirurgie 12 Monate
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie Weiterbildungsberechtigung Allgemeinchirurgie 72 Monate, davon 24 Monate Basisausbildung im Bereich Chirurgie
4	AQ12 - Thoraxchirurgie Weiterbildungsermächtigung FA Thoraxchirurgie 72 Monate, davon 48 Monate Thoraxchirurgie, 6 Monate Notfallaufnahme und 6 Monate Intensivmedizin

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie Weiterbildungsermächtigung 18 Monate
2	ZF62 - Krankenhaushygiene klinikübergreifend
3	ZF28 - Notfallmedizin Fachärzte mit Ausbildung zum Notarzt und regelmäßiger Teilnahme im Rettungsdienst; Fachärzte mit chir. Zusatzkursen für Katastrophenmedizin, Fachärzte mit Qualifikation Leitender Notarzt
4	ZF34 - Proktologie Weiterbildungsermächtigung 12 Monate

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	9,27	Fälle je VK/Person	145,09169
--------	------	--------------------	-----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,27

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

Gesamt		3,21	Fälle je VK/Person	419,0031
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,21

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,99	Fälle je VK/Person	675,8794
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,99

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1345
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ21 - Casemanagement klinikübergreifend
4	PQ13 - Hygienefachkraft klinikübergreifend
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege klinikübergreifend
6	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
7	PQ08 - Pflege im Operationsdienst klinikübergreifend

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation

#	Zusatzqualifikation
2	ZP02 - Bobath
	ambulaklären, durch Physiotherapie
3	ZP03 - Diabetes
	Diabetesberatung, ambulaklären
4	ZP05 - Entlassungsmanagement
	ambulaklären
5	ZP06 - Ernährungsmanagement
	Ernährungsberatung, ambulaklären
6	ZP08 - Kinästhetik
	ambulaklären
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
	ambulaklären
8	ZP14 - Schmerzmanagement
	Pain Nurse
9	ZP15 - Stomamanagement
10	ZP16 - Wundmanagement
	Wundexperte ICW, ambulaklären
11	ZP35 - Aromapflege
	ambulaklären

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

trifft nicht zu

B-[2316] Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Ohne körperliche Einschränkung leben - das wollen wir alle. Und das möglichst bis ins hohe Alter. Doch das reale Leben sieht oft anders aus. Ein Unfall oder eine Krankheit können unsere Selbständigkeit plötzlich sehr einschränken. Aber wir möchten Ihnen keine Angst machen, denn die Medizin hat große Fortschritte gemacht. Und das komplette Team der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie setzt sein gesamtes Wissen und Können ein, um jedem Patienten schnellstmöglich ein weitestgehend selbständiges Leben zu ermöglichen. Hier finden Sie motivierte Spezialisten mit viel Erfahrung, kompetentes Pflegepersonal, hochmoderne Medizintechnik und ein Haus mit gehobener Ausstattung und moderner Architektur. Ein guter Ort für Ihre baldige Genesung.

Speziell helfen wir gern Patienten zu folgenden Fragestellungen:

- Endoprothetik (Zertifiziertes Endoprothetikzentrum seit 2014)
- Sportverletzungen
- Arbeits-, Schul-, und Wegeunfällen (D-Arzt, BG, Verletztenartenverfahren)
- Unfällen von Kindern
- Unfällen im hohen Lebensalter (Alterstraumatologie)
- Arthroskopischen Operationen („Schlüssellochoperationen“)
- Ambulanten Operationen
- Entfernung einliegender Materialien (Nägel / Platten / Schrauben etc.)
- Problemen bei Erkrankungen der Hand und des Fußes
- Wirbelsäulenleiden

B-[2316].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2316].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2316].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Seifert
Telefon	03644 571201

Fax	03644 571202
E-Mail	sek.trauma@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Straße
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-orthopaedie-und-unfallchirurgie/startseite/

B-[2316].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
Erläuterungen	Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlanreizen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

B-[2316].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen uneingeschränkter Umfang
2	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken Bandplastiken am Sprunggelenk, rekonstruktive Maßnahmen am Schultergelenk/ Kniegelenk
3	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik zertifiziertes Endoprothesenzentrum seit 2014
4	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	VC30 - Septische Knochenchirurgie rekonstruktive Maßnahmen, Sanierung, prothetischer Ersatz, spezielle Verfahren insbesondere bei infizierten Implantaten
6	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen rekonstruktive Maßnahmen, Sanierung, prothetischer Ersatz
7	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes spezielles Kooperationsabkommen mit der Neurochirurgie des Universitätsklinikums Jena, Telemetrie der bildgebenden Diagnostik und dadurch abgestufte Versorgungsmöglichkeiten; Teledoc
8	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (ausgenommen Verletzung der thorakalen Aorta) in Zusammenarbeit mit unserem Thoraxchirurgen komplettes konservatives und operatives Versorgungsspektrum
10	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens konservative und operative Versorgung von Beckenfrakturen; gesamtes Spektrum der konservativen Therapie mit angepasster und intensiver Schmerz- und Physiotherapie; Wirbelsäulenchirurgie der Frakturen
11	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes sämtliche operative, funktionserhaltende und wiederherstellende Maßnahmen; komplettes Spektrum der minimalinvasiven arthroskopischen Gelenkchirurgie der großen und kleinen Gelenke inclusive knorpelrekonstruktiver Eingriffe und allogener Knochentransplantation sowie offene Rekonstruktion
12	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes sämtliche operative, funktionserhaltende und wiederherstellende Maßnahmen; komplettes Spektrum der minimalinvasiven arthroskopischen Gelenkchirurgie der großen und kleinen Gelenke inclusive knorpelrekonstruktiver Eingriffe und allogener Knochentransplantation sowie offene Rekonstruktion
13	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand Versorgung komplexer Handverletzungen, Sehnen- und Nervenrekonstruktion, Replantation, plastische Operationen
14	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels sämtliche operative, funktionserhaltende und wiederherstellende Maßnahmen; komplettes Spektrum der minimalinvasiven arthroskopischen Gelenkchirurgie der großen und kleinen Gelenke inclusive knorpelrekonstruktiver Eingriffe und allogener Knochentransplantation sowie offene Rekonstruktion
15	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels sämtliche operative, funktionserhaltende und wiederherstellende Maßnahmen; komplettes Spektrum der minimalinvasiven arthroskopischen Gelenkchirurgie der großen und kleinen Gelenke inclusive knorpelrekonstruktiver Eingriffe und allogener Knochentransplantation sowie offene Rekonstruktion
16	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes sämtliche operative, funktionserhaltende und wiederherstellende Maßnahmen; komplettes Spektrum der minimalinvasiven arthroskopischen Gelenkchirurgie der großen und kleinen Gelenke inclusive knorpelrekonstruktiver Eingriffe und allogener Knochentransplantation sowie offene Rekonstruktion
17	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen Behandlung kindlicher Verletzungen und Deformitäten
18	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
19	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
20	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
21	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
22	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe z.B. rekonstruktive/ korrigierende Eingriffe bei Vorfußdeformitäten und Komplex-Fußdeformitäten wie Hallux valgus, Hallux rigidus, Platt-, Senk- und Spreizfuß

#	Medizinische Leistungsangebote
23	VC58 - Spezialsprechstunde
24	VC63 - Amputationschirurgie
25	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
26	VC66 - Arthroskopische Operationen alle erreichbaren Gelenke; neueste Strategien
27	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
28	VC69 - Verbrennungschirurgie mit Ausnahme der laut Leitlinie festgelegten Verlegungsindikationen ins Verbrennungszentrum uneingeschränkte Versorgungsmöglichkeiten
29	VC71 - Notfallmedizin
30	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien komplettes Spektrum der konservativen und operativen Maßnahmen, besonders gelenkerhaltende Chirurgie
31	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
32	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
33	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
34	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens konservativ und operativ, Infiltrationstechniken, Metastasenchirurgie
35	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln rekonstruktive Weichteilchirurgie
36	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen rekonstruktive Weichteilchirurgie
37	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes rekonstruktive Weichteilchirurgie
38	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien komplettes Spektrum der konservativen und operativen Maßnahmen
39	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes konservativ und operativ; auch Dekompression bei Carpal-, Tarsal- und Ulnartunnelsyndrom
40	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
41	VO13 - Spezialsprechstunde
42	VO14 - Endoprothetik Endoprothetik aller ersetzbaren Gelenke mit unterdurchschnittlicher Komplikationsrate, Wechsel von Endoprothesen, spezielle Wechseloperationen von Endoprothesen bei außergewöhnlichen Fällen, Spezialprothesen, computergestützte Prothesenplanung; zertifiziertes Endoprothetikzentrum seit 2014
43	VO15 - Fußchirurgie Fuß: Knochenbrüche, Sehnenverletzungen, Nervenengpass, Korrektur der Fehlstellung (Vor-/Rückfuß), Arthroplastik d. Zehengelenke, Arthrodese d. Fußgelenke; Beratung und Versorgung mit orthop. Schuhen und Einlagen b. Deformitäten d. Fußskeletts Sprunggelenk: Knochenbrüche, Arthroskopie

#	Medizinische Leistungsangebote
	VO16 - Handchirurgie
44	Hand, Unterarm, Ellenbogen - Behandlung bei Fraktur/Fehlstellung/Sehnenverletzungen, Nervenpas, Bandverletzungen, Gelenkspiegelung; Therapie b. Infektionen/ausbleibender Knochenheilung (Pseudarthrose); Arthroplastik/Prothetik: Finger- und Ellenbogengelenke ; Rheumachirurgie/ Weichteilresektion
	VO17 - Rheumachirurgie
45	Rheumachirurgie der Hand
	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
46	Hauptfokus chronischer Rückenschmerz
47	VO19 - Schulterchirurgie
48	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VO21 - Traumatologie
49	interdisziplinäre Versorgung von Patienten als lokales TraumaZentrum im TraumaNetzwerk Thüringen; Kooperationen mit: Traumazentrum Jena am Uniklinikum Jena, Fachärzten für: Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

B-[2316].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1497
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2316].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	339
2	S06.0	Gehirnerschütterung	157
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	155
4	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	42
5	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	38
6	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	23
7	M54.4	Lumboischialgie	21
8	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	18
9	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	15
10	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	15
11	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	14
12	M80.98	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	14
13	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	14
14	S82.82	Trimalleolarfraktur	13
15	S70.0	Prellung der Hüfte	12
16	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	12

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
17	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	11
18	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	11
19	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	11
20	S20.2	Prellung des Thorax	10
21	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	9
22	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	9
23	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	9
24	M20.1	Hallux valgus (erworben)	9
25	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	9
26	S32.1	Fraktur des Os sacrum	8
27	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	8
28	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	8
29	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	7
30	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	7

B-[2316].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	347
2	S06	Intrakranielle Verletzung	181
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	160
4	S72	Fraktur des Femurs	114
5	S52	Fraktur des Unterarmes	65
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	61
7	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	60
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	44
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	40
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	28
11	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	28
12	M54	Rückenschmerzen	27
13	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	21
14	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	18
15	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	15
16	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	11
17	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	11
18	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	11
19	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	10
20	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	10
21	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	9
22	L03	Phlegmone	9

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
23	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
24	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	8
25	M00	Eitrige Arthritis	8
26	M19	Sonstige Arthrose	8
27	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	7
28	M71	Sonstige Bursopathien	7
29	M48	Sonstige Spondylopathien	6
30	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	6

B-[2316].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	297
2	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	163
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	149
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	134
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	69
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	62
7	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	45
8	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	44
9	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	41
10	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	33
11	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	27
12	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	26
13	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	23
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	21
15	5-86a.20	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten	21
16	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	19
17	5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel	17
18	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	17
19	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	16

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	5-793.af	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	14
21	5-822.00	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Nicht zementiert	13
22	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	13
23	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	13
24	5-793.1r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	13
25	5-794.0r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	13
26	5-794.kn	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibia distal	12
27	5-86a.23	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen: Mit Verwendung von patientenindividuell hergestelltem Implantat und Zielinstrumentarium	11
28	5-800.6h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	11
29	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	11
30	5-794.26	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius distal	10

B-[2316].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	462
2	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	344
3	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	195
4	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	150
5	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	80
6	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	76
7	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	73
8	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	67
9	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	57
10	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	53
11	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	42
12	5-786	Osteosyntheseverfahren	42
13	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	37
14	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	37
15	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	30

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	26
17	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	26
18	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	23
19	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	22
20	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	21
21	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	20
22	8-190	Spezielle Verbandstechniken	19
23	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	19
24	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	18
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	16
26	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	16
27	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	16
28	5-916	Temporäre Weichteildeckung	16
29	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	15
30	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	14

B-[2316].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D- Arzt- Ambulanz Behandlung von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen (D-Arzt, BG, Verletztenartenverfahren) - Chefarzt Dr. D. Seifert
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz In der Notaufnahme erfolgt 24h pro Tag die Versorgung von Notfallpatienten durch das qualifizierte Pflege- und Ärzteteam der Notfallambulanz, sowie durch Ärzte unserer Fachabteilung.
4	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)	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie auf Überweisung ambulante Diagnostik und Behandlung von speziellen unfallchirurgischen und/ oder orthopädischen Krankheitsbildern; Chefarzt Dr. D. Seifert
5	AM07 - Privatambulanz	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie Chefarzt Dr. D. Seifert

B-[2316].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VK32 - Kindertraumatologie
2	D- Arzt- Ambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
3	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
4	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
5	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
6	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
7	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
8	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
9	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
10	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO14 - Endoprothetik
11	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO15 - Fußchirurgie
12	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO16 - Handchirurgie
13	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
14	Fachambulanz Orthopädie/ Unfallchirurgie	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie

B-[2316].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	59
2	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	44
3	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	39
4	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	33
5	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	16
6	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	12
7	1-482.7	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Kniegelenk	12
8	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	9

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	8
10	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	8
11	5-842.70	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolyse: Ein Finger	8
12	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	7
13	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	6
14	5-056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	6
15	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	6
16	5-840.64	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	6
17	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	5
18	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	5
19	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	5
20	5-811.4h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Kniegelenk	5
21	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	4
22	5-795.1b	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metakarpale	4
23	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	4
24	5-787.gw	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Phalangen Fuß	4
25	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	4
26	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	4
27	5-842.80	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit Arthrolyse: Ein Finger	4
28	5-903.49	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Hand	4
29	8-200.6	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Radius distal	4
30	5-787.g8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	< 4

B-[2316].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	107
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	105
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	78
4	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	20
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	19
6	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	16
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	15
8	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	13

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	1-482	Arthroskopische Biopsie an Gelenken	12
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	10
11	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	9
12	5-841	Operationen an Bändern der Hand	8
13	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	8
14	1-697	Diagnostische Arthroskopie	7
15	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	7
16	5-849	Andere Operationen an der Hand	6
17	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	5
18	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	4
19	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	4
20	5-819	Andere arthroskopische Operationen	4
21	1-480	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Knochen	4
22	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	4
23	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
24	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
25	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
26	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
27	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	< 4
28	5-825	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	< 4
29	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
30	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	< 4

B-[2316].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2316].11 Personelle Ausstattung

B-[2316].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,8	Fälle je VK/Person	170,890411
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,61	Ohne	0,19
	Ambulant	0,04	Stationär	8,76

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,99	Fälle je VK/Person	251,596649
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,8	Ohne	0,19
Versorgungsform	Ambulant	0,04	Stationär	5,95

B-[2316].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie Weiterbildungsermächtigung FA Allgemeinchirurgie 72 Monate (Verbund); Common Trunk "Basischirurgie" 24 Monate
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie Weiterbildungsermächtigung FA Orthopädie und Unfallchirurgie 36 und 48 Monate (jeweils im Verbund)

B-[2316].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF62 - Krankenhaushygiene klinikübergreifend
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie Weiterbildungsermächtigung 12 Monate
3	ZF28 - Notfallmedizin auch: ATLS-Provider (systematisches Wissen, Techniken, Fertigkeiten und Verhalten in Diagnostik und Therapie von Traumapatienten); Schnittstelle Präklinik-Schockraum; regelmäßig: Fortbildung zu Schockraum spezifischen Themen, Training zu Notfallversorgung im Schockraum, Reanimation
4	ZF09 - Geriatrie klinikübergreifend, seit 09/24

B-[2316].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		13,51	Fälle je VK/Person	110,806808
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,51

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,41	Fälle je VK/Person	3651,21948
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,41

B-[2316].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor B. Sc. Pflege/ Pflegeleitung
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege klinikübergreifend
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst klinikübergreifend
5	PQ13 - Hygienefachkraft klinikübergreifend
6	PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
7	PQ20 - Praxisanleitung
8	PQ21 - Casemanagement klinikübergreifend

B-[2316].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath klinikübergreifend durch Physiotherapie
3	ZP03 - Diabetes Diabetesberatung, klinikübergreifend
4	ZP05 - Entlassungsmanagement klinikübergreifend
5	ZP06 - Ernährungsmanagement Ernährungsberatung, klinikübergreifend
6	ZP08 - Kinästhetik klinikübergreifend

#	Zusatzqualifikation
7	ZP13 - Qualitätsmanagement
	klinikübergreifend
8	ZP14 - Schmerzmanagement
	Pain Nurse, klinikübergreifend
9	ZP16 - Wundmanagement
	Wundexperte ICW, klinikübergreifend
10	ZP35 - Aromapflege
	klinikübergreifend

B-[2316].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für
Psychiatrie und Psychosomatik

trifft nicht zu

B-[2400] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Das Robert - Koch - Krankenhaus ist ein modern und technisch auf hohem Niveau ausgestattetes Klinikum, in dem alle Voraussetzungen gegeben sind, unsere Patientinnen komplett nach aktuellem Wissensstand zu versorgen.

In enger Kooperation mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen umfasst unser Leistungsangebot sowohl die Diagnostik, die operative und medikamentöse Therapie als auch die Nachsorge.

Neben fachlicher Kompetenz liegt uns dabei vor allem die ganzheitliche, individuelle und fürsorgliche Betreuung unserer Patientinnen am Herzen.

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gynäkologie 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	Chefärztin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Kerstin Belke
Telefon	03644 571501
Fax	03644 571502
E-Mail	sek.gyn@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Str.
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe/startseite

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	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
---	--------------------------------------

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

Erläuterungen

Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlanreizen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG00 - („Sonstiges“) prä-, intra- und postpartale Betreuung durch Hebammen und Fachärzte, familienorientierte Geburtshilfe, Eltern-Info-Abende, schmerzarme Geburt (PDA), Homöopathie, Akupunktur, Aromatherapie, rooming-in, Kinderarzt 24h präsent
2	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse brusterhaltende Eingriffe, Ablationen, Axilladisektion, plastisch-rekonstruktive Operationen, Rezidiv- und Metastasenchirurgie; Zusammenarbeit in einem Netzwerk bestehend aus Gynäkologen, Pathologen, Onkologen, Strahlentherapeuten, Psychoonkologen und (plastischen) Chirurgen
3	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse Beratung, Diagnostik und ggf. operative Abklärung bei Brusttumoren
4	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse Beratung, Diagnostik und ggf. konservative oder operative Abklärung oder Behandlung
5	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie ästhetische und plastische Mammachirurgie (Augmentationen, Reduktionen, Korrektur von Asymmetrien)
6	VG05 - Endoskopische Operationen Laparoskopische Eingriffe, auch in der Urogynäkologie mit neuen Operationsmethoden in der Descensuschirurgie (z.B. Vagino-Sacropexien); Endometriosedagnostik und Therapie; Behandlung von Extrauterin graviditäten; Diagnostik und Therapie von Adnexbefunden
7	VG06 - Gynäkologische Chirurgie sowohl ambulant als auch stationär möglich
8	VG07 - Inkontinenzchirurgie laparoskopisch- assistierte operative Behandlung bei Harninkontinenz und Senkungszuständen; Anwendung moderner OP- Methoden wie Sacropexie und lateral repair; Einlage von TVT- Schlingen, minimal- invasive Methoden wie Injektionen; postoperative Nachsorge
9	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren Diagnostik, Staging, Therapie und Nachsorge (incl. Chemotherapie) leitliniengerecht bei , z.B. Mamma-, Vulva-, Cervix-, Ovarialkarzinomen; Zusammenarbeit im interdisziplinären Netzwerk bestehend aus Gynäkologen, Pathologen, Onkologen, Strahlentherapeuten, Psychoonkologen und (plastischen) Chirurgen.
10	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie bei Risikoschwangerschaften; Diagnostik und Behandlung von Patientinnen bei: Frühgeburtsbestrebungen, intrauteriner Mangelentwicklung, Gestosen; Zusammenarbeit mit neonatologisch tätigen Pädiatern gemäß den Richtlinien der "Vereinbarung über Maßnahmen zur QS der Versorgung von Früh- u. Neubegorenen"

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften Diagnostik und Behandlung von Patientinnen bei: Frühgeburtsbestrebungen, intrauteriner Mangelentwicklung, Gestosen; Zusammenarbeit mit neonatologisch tätigen Pädiatern gemäß den Richtlinien der "Vereinbarung über Maßnahmen zur QS der Versorgung von Früh- u. Neubegorenen"
12	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes Diagnostik: CTG, Ultraschalluntersuchungen und Dopplersonographie
13	VG12 - Geburtshilfliche Operationen "Sanfter Kaiserschnitt", Zangengeburt oder Kiwi-Vacuumentbindung werden wenn nötig sofort durchgeführt; vaginale Beckenendlagenentbindungen
14	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
15	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes z. B. Endometriose
16	VG15 - Spezialsprechstunde Mammasprechstunde, Urogynäkologische Sprechstunde, Geburtsplanungssprechstunde, Hebammensprechstunde
17	VG16 - Urogynäkologie Durchführung des gesamten diagnostischen und therapeutischen konservativen und operativen Spektrums
18	VG17 - Reproduktionsmedizin Diagnostik und operative Versorgung von Patientinnen mit primärer und sekundärer Infertilität
19	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
20	VC24 - Tumorchirurgie
21	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe z. B. ästhetische und plastische Mammachirurgie, plastisch-rekonstruktive Operationen inklusive spezieller Lappentechniken nach DIEP, S-GAP, I-GAP
22	VC62 - Portimplantation
23	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
24	VC68 - Mammachirurgie z.B. Wächterlymphknotenverfahren in Koop. mit der Nuklearmedizin der Zentralklinik Bad Berka oder der FSU Jena, operative Therapie bei Metastasierung und Rezidiven in Zusammenarbeit mit Chirurgen/Thoraxchirurgen, Strahlentherapeuten und Onkologen, brusterhaltende und ablativ Operationen etc.
25	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
26	VP14 - Psychoonkologie Es besteht die Möglichkeit der psychoonkologischen Begleitung der Patientinnen nach Diagnosestellung, während des Aufenthaltes in der Klinik und zur Nachsorge.

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

Vollstationäre Fallzahl	1875
-------------------------	------

Teilstationäre Fallzahl

0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	388
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	112
3	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	79
4	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	78
5	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	61
6	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	42
7	O48	Übertragene Schwangerschaft	42
8	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	40
9	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	40
10	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	37
11	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	36
12	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	33
13	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	30
14	O80	Spontangeburt eines Einlings	30
15	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	30
16	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	27
17	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	27
18	O42.11	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen	24
19	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	23
20	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	20
21	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	19
22	T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	19
23	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	18
24	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	17
25	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	16
26	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	15
27	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	14
28	O20.0	Drohender Abort	14
29	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	14
30	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	13

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	389
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	326
3	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	103

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	O70	Dammriss unter der Geburt	62
5	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	61
6	O42	Vorzeitiger Blasensprung	60
7	O62	Abnorme Wehentätigkeit	50
8	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	44
9	O48	Übertragene Schwangerschaft	42
10	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	41
11	N81	Genitalprolaps bei der Frau	38
12	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	36
13	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	34
14	O80	Spontangeburt eines Einlings	30
15	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30
16	D25	Leiomyom des Uterus	28
17	O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	25
18	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	19
19	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	18
20	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	17
21	N80	Endometriose	16
22	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	15
23	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	14
24	O72	Postpartale Blutung	13
25	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13
26	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	13
27	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	12
28	O24	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft	11
29	R53	Unwohlsein und Ermüdung	10
30	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	190
2	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	180
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	169
4	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	124
5	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	121

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	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)	102
7	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	90
8	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	86
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	60
10	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	58
11	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	56
12	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	47
13	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	46
14	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	43
15	5-932.40	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: Weniger als 10 cm²	41
16	5-886.30	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	39
17	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	38
18	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	36
19	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	34
20	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	31
21	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	31
22	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	28
23	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	28
24	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	26
25	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	25
26	5-704.6a	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	25
27	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	22
28	5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik	21
29	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	21
30	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	21

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	283
2	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	268

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	227
4	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	180
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	169
6	5-749	Andere Sectio caesarea	127
7	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	102
8	5-884	Mammareduktionsplastik	98
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	85
10	5-653	Salpingoovariektomie	61
11	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	60
12	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	60
13	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	60
14	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	59
15	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	58
16	5-738	Episiotomie und Naht	46
17	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	40
18	5-661	Salpingektomie	38
19	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	38
20	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	37
21	5-889	Andere Operationen an der Mamma	35
22	5-469	Andere Operationen am Darm	35
23	5-740	Klassische Sectio caesarea	31
24	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	29
25	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	28
26	5-881	Inzision der Mamma	27
27	5-728	Vakuummentbindung	27
28	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	26
29	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	25
30	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	21

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Brustzentrum
2	AM07 - Privatambulanz	Brustzentrum
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)	Brustzentrum besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Mammadiagnostik und Onkologie- Chefärztin Dr. Belke; konsiliarische Beratung bei gynäkologischen Problemfällen
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Fachambulanz Geburtsplanung
5	AM07 - Privatambulanz	Fachambulanz Geburtsplanung

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Fachambulanz Geburtsplanung Planung der Geburtsleitung
7	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Urogynäkologische Sprechstunde
8	AM07 - Privatambulanz	Urogynäkologische Sprechstunde
9	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)	Urogynäkologie Diagnostik und Therapie von Harninkontinenz (Überaktive Blase, Dranginkontinenz, Belastungsinkontinenz); Diagnostik und Therapie von Beckenbodensenkungserkrankungen; Diagnostik und Therapie von Blasenentleerungsstörungen
10	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz In der Notaufnahme erfolgt 24h pro Tag die Versorgung von Notfallpatienten durch Das qualifizierte Pflege- und Ärzteteam der Notfallambulanz , sowie durch die Ärzte unserer Fachabteilungen.

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachambulanz Geburtsplanung	VG00 - („Sonstiges“)
2	Fachambulanz Geburtsplanung	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
3	Notfallambulanz	VG00 - („Sonstiges“)
4	Brustzentrum	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Brustzentrum	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
6	Brustzentrum	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
7	Brustzentrum	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
8	Urogynäkologische Sprechstunde	VG00 - („Sonstiges“)
9	Urogynäkologische Sprechstunde	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
10	Urogynäkologische Sprechstunde	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
11	Urogynäkologische Sprechstunde	VG05 - Endoskopische Operationen
12	Urogynäkologische Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
13	Urogynäkologische Sprechstunde	VG07 - Inkontinenzchirurgie

#	Ambulanz	Leistung
14	Urogynäkologische Sprechstunde	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	109
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	92
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	71
4	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	45
5	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	34
6	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	28
7	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	27
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	23
9	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	15
10	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	14
11	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	13
12	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	11
13	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	8
14	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	7
15	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	7
16	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	7
17	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage)	6
18	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	6
19	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	6
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	5
21	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	5
22	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
23	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	< 4
24	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
25	5-651.b2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
26	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
27	5-671.11	Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Schlingenexzision	< 4
28	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
29	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	< 4
30	1-493.30	Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mamma: Durch Feinnadelaspiration	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	109
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	98
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	87
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	71
5	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	61
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	23
7	5-661	Salpingektomie	15
8	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	13
9	5-881	Inzision der Mamma	11
10	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	11
11	5-671	Konisation der Cervix uteri	10
12	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	8
13	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	8
14	5-653	Salpingoovariektomie	7
15	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	7
16	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	6
17	5-469	Andere Operationen am Darm	5
18	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	5
19	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	5
20	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
21	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	< 4
22	5-879	Andere Exzision und Resektion der Mamma	< 4
23	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
24	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	< 4
25	1-493	Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben	< 4
26	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
27	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4
28	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
29	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 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		12,09	Fälle je VK/Person	155,860352
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,06	Stationär	12,03

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,66	Fälle je VK/Person	334,821442
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,06	Stationär	5,6

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe Weiterbildungsermächtigung FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe 60 Monate
2	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
3	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003) in Kooperation mit Praxis für Plastische und Ästhetische Chirurgie Dr. VölpeI in Leipzig

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin
2	ZF62 - Krankenhaushygiene klinikübergreifend
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF73 - Psychotherapie

#	Zusatz-Weiterbildung
5	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003) Psychologische Betreuung von Krebspatienten

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		9,56	Fälle je VK/Person	196,1297
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,56

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

Gesamt		3,18	Fälle je VK/Person	589,6226
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,18

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	5681,818
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,75	Fälle je VK/Person	159,574463
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,75

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

Gesamt		6	Fälle je VK/Person	312,5
--------	--	---	-----------------------	-------

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor Geburtshilfe/ Hebammenkunde; Hebammenwissenschaft/ Midwifery

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege klinikübergreifend
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ07 - Pflege in der Onkologie onkologische Pflege, Psychoonkologie
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst klinikübergreifend
6	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Brustzentrum
7	PQ13 - Hygienefachkraft klinikübergreifend
8	PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
9	PQ20 - Praxisanleitung
10	PQ21 - Casemanagement klinikübergreifend

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP02 - Bobath klinikübergreifend durch die Physiotherapie
2	ZP03 - Diabetes Diabetesberatung, klinikübergreifend
3	ZP06 - Ernährungsmanagement Ernährungsberatung, klinikübergreifend
4	ZP08 - Kinästhetik klinikübergreifend
5	ZP13 - Qualitätsmanagement klinikübergreifend
6	ZP14 - Schmerzmanagement klassische Akupunktur
7	ZP15 - Stomamanagement klinikübergreifend
8	ZP16 - Wundmanagement klinikübergreifend

#	Zusatzqualifikation
9	ZP20 - Palliative Care
10	ZP23 - Breast Care Nurse
11	ZP28 - Still- und Laktationsberatung
12	ZP35 - Aromapflege
	klinikübergreifend

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

trifft nicht zu

B-[3600] Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie

In unserer Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie führen wir jährlich 4.000 Allgemein- und Regionalanästhesien in den verschiedenen Fachbereichen durch. Dabei versorgen wir Patientinnen und Patienten aller Alters- und Risikoklassen ab dem 1. Lebensjahr für stationäre und ambulante operative Eingriffe.

Das Ärzteteam der Anästhesie informiert die Patienten in einem individuellen Gespräch über das jeweilige Narkoseverfahren. Entsprechend des operativen Eingriffes können so eventuell notwendige Voruntersuchungen erfolgen. Zudem erörtern wir die spezifischen Risiken des jeweiligen Verfahrens sowie den weiteren postoperativen Verlauf. Um einen optimalen Narkoseverlauf sicherzustellen, betreut unser Team die Patienten von der Aufnahme in unseren Operationssaal über den gesamten operativen Eingriff hindurch bis hin zur Entlassung aus dem Aufwachraum.

Im Aufwachraum werden unsere Patienten von einer speziell geschulten Pflegefachkraft versorgt. Erst wenn unsere Patienten atem- und kreislaufstabil, schmerzfrei und frei von Übelkeit sind, erfolgt die Verlegung auf Normalstation.

Unsere Therapie entspricht dabei den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Anästhesie. Uns stehen für die Versorgung der Patienten modernste Narkose- und Überwachungsgeräte zur Verfügung. Mit Hilfe spezieller Systeme können wir im Falle einer Blutung das patienteneigene Blut wiederaufbereiten und dem Patienten bzw. der Patientin zurückgeben.

Der postoperativen Schmerztherapie wird in unserem Krankenhaus ein hoher Stellenwert eingeräumt. So gewährleisten wir eine frühe physiotherapeutisch begleitete Mobilisation der Patienten.

Für die Versorgung von Patienten nach großen operativen Eingriffen sowie sog. Risikopatienten steht unsere Intensivstation zur Verfügung. Hier werden Patienten aller Fachdisziplinen mit schweren gesundheitlichen Störungen behandelt, aber auch solche, bei denen nach großen Operationen lebensbedrohlichen Störungen vorgebeugt werden muss.

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie

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 der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jan Schwarz

Telefon	03644 571405
Fax	03644 571131
E-Mail	sek.its@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Str.
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivtherapie/seiten-links/startseite/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
Erläuterungen	Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlansätzen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“) Vollnarkosen und Regionalanästhesien, einschließlich Schmerzkatheter; postoperative Schmerztherapie und Prophylaxe von Übelkeit und Erbrechen nach Operationen, postoperative Überwachung im Aufwachraum von anästhesiologischem Fachpersonal
2	VX00 - („Sonstiges“) Die ITS umfasst 7 Betten – davon 5 Beatmungsbetten – und versorgt sowohl Patienten aller operativen Kliniken, als auch der Klinik für Innere Medizin und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.
3	VX00 - („Sonstiges“) Patienten mit akuten Schmerzen werden nach einem hausinternen Schmerztherapiekonzept wie folgt versorgt: Schmerzmedikamente; Einsatz einer Schmerzpumpe; Schmerzkatheter; Periduralkatheter bei Wehenschmerzen. Projekte: "Qualifizierte Schmerztherapie" und "QS in der postop. Schmerztherapie"
4	VU15 - Dialyse Akutdialyse
5	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
6	VC71 - Notfallmedizin
7	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
8	VI20 - Intensivmedizin
9	VI40 - Schmerztherapie
10	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
12	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

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

Vollstationäre Fallzahl	120
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	6
2	S06.0	Gehirnerschütterung	5
3	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	5
4	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	5
5	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	4
6	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	< 4
7	T78.3	Angioneurotisches Ödem	< 4
8	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
9	A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	< 4
10	J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	< 4
11	J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	< 4
12	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
13	T43.5	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antipsychotika und Neuroleptika	< 4
14	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	< 4
15	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
16	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
17	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	< 4
18	R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	< 4
19	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	< 4
20	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	< 4
21	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
22	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	< 4
23	I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	< 4
24	N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	< 4
25	K76.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber	< 4
26	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
27	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	T39.8	Vergiftung: Sonstige nichtopioidhaltige Analgetika und Antipyretika, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	A39.0	Meningokokkenmeningitis	< 4
30	M72.65	Nekrotisierende Faszitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10
2	A41	Sonstige Sepsis	10
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	8
4	S06	Intrakranielle Verletzung	7
5	I50	Herzinsuffizienz	7
6	S72	Fraktur des Femurs	5
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	4
8	N17	Akutes Nierenversagen	4
9	A40	Streptokokkensepsis	< 4
10	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	< 4
11	I63	Hirninfarkt	< 4
12	R57	Schock, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
13	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
14	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	< 4
16	I61	Intrazerebrale Blutung	< 4
17	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	< 4
19	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	< 4
20	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	< 4
21	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
22	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	< 4
23	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
24	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	< 4
26	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	< 4
27	J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	< 4
28	R55	Synkope und Kollaps	< 4
29	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	< 4
30	E86	Volumenmangel	< 4

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	291
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	185
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	158
4	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	105
5	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	92
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	59
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	52
8	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	50
9	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	38
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	31
11	8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige	22
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	22
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	22
14	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	21
15	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	20
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	13
17	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	11
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	11
19	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	11
20	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	10
21	8-854.72	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	9
22	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	9
23	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	8
24	8-854.73	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden	7
25	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	7
26	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	7

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	7
28	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	7
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	6
30	8-854.61	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	6

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	291
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	268
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	203
4	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	105
5	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	92
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	78
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	60
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	59
9	8-854	Hämodialyse	41
10	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	31
11	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	31
12	5-469	Andere Operationen am Darm	25
13	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	22
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	17
15	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	16
16	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	13
17	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	12
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	11
19	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	11
20	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	8
21	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	7
22	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	6
23	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	6
24	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	6
25	5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	6
26	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	5
27	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	5
28	5-431	Gastrostomie	5

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	5
30	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Fachambulanz Anästhesie Untersuchungen und Narkose Aufklärung für Operationen, akute Schmerztherapie
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)	Fachambulanz Anästhesie Narkose Aufklärungen und Anästhesien für niedergelassene Ärzte des MVZ Apolda GmbH; Chefarzt Dr. med. J. Schwarz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz In der Notaufnahme erfolgt 24h pro Tag die Versorgung von Notfallpatienten durch das qualifizierte Pflege- und Ärzteteam der Notfallambulanz sowie durch Ärzte der Fachabteilungen.

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Fachambulanz Anästhesie	VX00 - („Sonstiges“): Untersuchung und Aufklärung zur OP-Narkose; akute Schmerztherapie
2	Notfallambulanz	VX00 - („Sonstiges“)

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	11,23	Fälle je VK/Person	10,68566
--------	-------	--------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,23

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,85	Fälle je VK/Person	15,28662
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,85

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie Weiterbildungsermächtigung Anästhesiologie 42 Monate, davon 9 Monate Intensivmedizin

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF62 - Krankenhaushygiene klinikübergreifend
2	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
4	ZF15 - Intensivmedizin Spezielle anästhesiologische Intensivtherapie
5	ZF28 - Notfallmedizin
6	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		22,6	Fälle je VK/Person	5,30973
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,6

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	40
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

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

Gesamt		1,71	Fälle je VK/Person	70,17544
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,71

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	136,363647
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,78	Fälle je VK/Person	153,846161
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,78

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor B. Sc. Pflege/ Pflegeleitung
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst klinikübergreifend
5	PQ12 - Notfallpflege ALS Provider
6	PQ13 - Hygienefachkraft klinikübergreifend
7	PQ20 - Praxisanleitung
8	PQ21 - Casemanagement klinikübergreifend

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP02 - Bobath klinikübergreifend durch Physiotherapie
2	ZP03 - Diabetes Diabetesberatung, klinikübergreifend
3	ZP05 - Entlassungsmanagement klinikübergreifend
4	ZP06 - Ernährungsmanagement Ernährungsberatung, klinikübergreifend
5	ZP08 - Kinästhetik klinikübergreifend
6	ZP13 - Qualitätsmanagement klinikübergreifend
7	ZP14 - Schmerzmanagement Pain Nurse
8	ZP16 - Wundmanagement Wundexperte ICW, klinikübergreifend
9	ZP35 - Aromapflege sowohl klinikübergreifend als auch intern durch Aromabeauftragte

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

trifft nicht zu

B-[3751] Radiologische Abteilung

Die bildgebende Diagnostik gehört zu den grundlegenden "Werkzeugen" eines Arztes bzw. einer Ärztin, um dem Wesen und der Ursache von Erkrankungen und Beschwerden auf die Spur zu kommen.

Dabei gehört zur Kompetenz unserer radiologischen Abteilung nicht nur die sorgfältige und schonende Anwendung der verschiedenen Verfahren und die exakte Bildauswertung, sondern auch die Beratung der zuweisenden Ärzte, welche Untersuchungstechnik bei bestimmten Fragestellungen am sinnvollsten ist.

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Radiologische Abteilung

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 der Radiologischen Abteilung
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Kathrin Barth
Telefon	03644 571841
Fax	03644 571842
E-Mail	sek.roe@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Straße
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/radiologische-abteilung/startseite/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
Erläuterungen	Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlanreizen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit

leitenden Ärzten geschlossen.

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen Vollfeld- Detektorradiographie
2	VR02 - Native Sonographie
3	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
4	VR04 - Duplexsonographie
5	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
6	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
7	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung Myelographien
8	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
9	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
10	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
11	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren CT- Angiographien, CT- Ganzkörperuntersuchungen, Koronar-Angio-CT
12	VR15 - Arteriographie
13	VR16 - Phlebographie
14	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel bei Kindern in Sedierung
16	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren MR-Angiographie einschließlich Becken- Bein-Angiographien; MR- Mammographien; MR- Ganzkörperuntersuchungen; MR- Cholangiopankreatikographie; MR-Sellink; MR-Urographien; MR- Defäkographie
17	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
18	VR06 - Endosonographie
19	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
20	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
21	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
22	VR41 - Interventionelle Radiologie CT- gestützte Sympatikolyse; CT- gestützte Abszessdrainage und Probeentnahmen; percutane transluminale Angioplastien (PTA); stereotaktische Herdmarkierungen in der Mamma
23	VR42 - Kinderradiologie
24	VR43 - Neuroradiologie
25	VR44 - Teleradiologie

B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	794
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	659
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	573
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	512
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	463
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	344
7	3-206	Native Computertomographie des Beckens	313
8	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	294
9	3-202	Native Computertomographie des Thorax	214
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	195
11	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	184
12	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	164
13	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	128
14	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	121
15	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	120
16	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	119
17	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	104
18	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	101
19	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	79
20	3-224.30	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]	67
21	3-827	Magnetresonanztomographie der Mamma mit Kontrastmittel	60
22	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	58
23	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	58
24	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	56
25	3-807	Native Magnetresonanztomographie der Mamma	46
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	44
27	3-843.0	Magnetresonanztomographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	37
28	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	32
29	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	29
30	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	27

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	794
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	659
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	573
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	512
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	463

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	344
7	3-206	Native Computertomographie des Beckens	313
8	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	294
9	3-202	Native Computertomographie des Thorax	214
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	195
11	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	184
12	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	164
13	3-100	Mammographie	155
14	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	121
15	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	120
16	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	119
17	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	104
18	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	101
19	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	79
20	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	67
21	3-827	Magnetresonanztomographie der Mamma mit Kontrastmittel	60
22	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	58
23	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	58
24	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	56
25	3-807	Native Magnetresonanztomographie der Mamma	46
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	44
27	3-843	Magnetresonanztomographie [MRCP]	39
28	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	32
29	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	29
30	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	27

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Radiologische Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Radiologische Ambulanz konventionelles Röntgen, CT, MRT, Mammografie, Sonografie
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)	Radiologische Ambulanz Durchführung von Kernspintomographien und MRT-Angiographien
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz digitale Radiografie, CT 24/7 durch radiologischen Bereitschaftsdienst

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz	VR00 - („Sonstiges“)
2	Radiologische Ambulanz	VR00 - („Sonstiges“)
3	Radiologische Ambulanz	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	Radiologische Ambulanz	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
5	Radiologische Ambulanz	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
6	Radiologische Ambulanz	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
7	Radiologische Ambulanz	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
8	Radiologische Ambulanz	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
9	Radiologische Ambulanz	VR16 - Phlebographie

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

Das medizinisch-technische Personal ist in diesem Bericht unter Punkt A 11.4 abgebildet.

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,91	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,91

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

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

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie Weiterbildungsermächtigung FA Radiologie 48 Monate

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF62 - Krankenhaushygiene klinikübergreifend

B-[3700] Notfallambulanz und Ambulanz

Unfälle und akute Erkrankungen lassen sich nicht vorausplanen. Jährlich kommen ca. 15.000 Patienten mit einer akuten Erkrankung bzw. Verletzung in unsere Notfallambulanz, wenn sie ärztliche Hilfe benötigen.

Ein interdisziplinäres Notfallteam steht deshalb jederzeit, also 24 Stunden täglich zur Verfügung. Konsiliarärzte sind innerhalb weniger Minuten verfügbar. Mit den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie sowie Anästhesie/ Intensivtherapie stehen wir gerne im Notfall mit unserer Fachexpertise 365 Tage im Jahr und 24h am Tag für Sie bereit.

Damit wir Ihnen zu jeder Zeit eine optimale Versorgung anbieten können, lassen wir unsere Struktur- und Versorgungsstandards regelmäßig von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie begutachten. Das Robert-Koch-Krankenhaus ist im TraumaNetzwerk für die Versorgung von Schwerverletzten zertifiziert.

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Notfallambulanz und Ambulanz

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin
-------------	----------------------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Oberärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Katrin Rolle
Telefon	03644 571993
Fax	03644 571995
E-Mail	k.rolle@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Str.
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/notfallambulanz/willkommen/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
Erläuterungen	Zur Entkopplung der medizinischen Versorgung von wirtschaftlichen Fehlanreizen werden am RKK generell keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC71 - Notfallmedizin

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz Es erfolgt 24h pro Tag die Versorgung von Notfallpatienten durch das qualifizierte Pflege- und Ärzteteam der Notfallambulanz, sowie durch Ärzte der Fachabteilungen.
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz	VA00 - („Sonstiges“)
2	AM09	VA00 - („Sonstiges“)

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

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

B-[3700].11 Personelle Ausstattung

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		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].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie Facharzt für Chirurgie

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin klinikübergreifend
3	ZF62 - Krankenhaushygiene klinikübergreifend

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		17,04	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,04

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,79	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,67	Ohne	4,12

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,79
-----------------	----------	---	-----------	------

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ02 - Diplom Pflegefachwirtin
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst klinikübergreifend
5	PQ12 - Notfallpflege Pflege in der Schwerverletztenversorgung (ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses); regelmäßig: Fortbildung zu Schockraum spezifischen Themen, Training zu Notfallversorgung im Schockraum, Reanimation
6	PQ13 - Hygienefachkraft klinikübergreifend
7	PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
8	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP13 - Qualitätsmanagement klinikübergreifend
3	ZP14 - Schmerzmanagement klinikübergreifend
4	ZP16 - Wundmanagement Gips- und Verbandspflege
5	ZP35 - Aromapflege klinikübergreifend

B-[3790] Physiotherapie

Die physikalische und Rehabilitationsmedizin, kurz Physiotherapie, ist fester Bestandteil der Behandlungskonzepte vieler medizinischer Fachgebiete. Sie besitzt heute eine gleichwertige Stellung neben den medikamentösen und operativen Therapieverfahren. Entsprechend dieser vielschichtigen Aufgabe werden im Robert-Koch-Krankenhaus Apolda die Patienten aller Kliniken durch das Team der Physiotherapeuten betreut. Besonders eng arbeitet die Abteilung mit der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen. Auch nach Sportverletzungen ist eine individuelle und umfangreiche Nachsorge möglich. Das geräumige Therapiebad gestattet, für das auch ein Patientenlift zur Verfügung steht, vielfältige therapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Wir verfügen über eine großzügige Abteilung mit verschiedenen Behandlungsräumen, einem Therapiebad sowie einem lichtdurchfluteten Turnraum mit Blick auf den Therapiegarten und dem integrierten Gehparcours. Unsere hochqualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten verfügen über langjährige Erfahrungen im stationären wie auch ambulanten Bereich. So kann für alle Patienten / Kunden die individuell beste Therapie ermöglicht werden.

B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Physiotherapie

B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[3790].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin
-------------	----------------------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Physiotherapeutin
Titel, Vorname, Name	Kathrin Liebeskind
Telefon	03644 571888
E-Mail	k.liebeskind@rkk-apolda.de
Strasse	Jenaer Str.
Hausnummer	66
PLZ	99510
Ort	Apolda
URL	https://www.rkk-apolda.de/medizin/physiotherapie/willkommen

B-[3790].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-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“) ambulant und stationär: Kryotherapie; Elektrotherapie (Schmerzlinderung, Durchblutungsförderung, Stoffwechselanregung)
2	VX00 - („Sonstiges“) ambulant und stationär: verschiedene Massageformen (Colon-, Bindegewebsmassagen, Lymphdrainage, Fußreflexzonentherapie usw.)
3	VX00 - („Sonstiges“) ambulant und stationär: Atemtherapie
4	VX00 - („Sonstiges“) ambulant und stationär: Krankengymnastik (auch im Bewegungsbad - gelenkschonend, als Einzel- oder Gruppentherapie); Manuelle Therapie; Krankengymnastik nach Bobath (KGZNS); med. Trainingstherapie; Beckenbodengymnastik; funktionelle Bewegungslehre
5	VX00 - („Sonstiges“) ambulant und stationär: Entspannungstechniken
6	VX00 - („Sonstiges“) ambulant und stationär: Aromatherapie

B-[3790].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

B-[3790].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Physiotherapeutische Ambulanz Therapiebad, Krankengymnastik, Therapie bei Beckenbodendysfunktion, Manuelle Therapie, manuelle Lymphdrainage, Elektrotherapie, Massagen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Physiotherapeutische Ambulanz Therapiebad, Krankengymnastik, Therapie bei Beckenbodendysfunktion, Manuelle Therapie, manuelle Lymphdrainage, Elektrotherapie, Massagen
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)	Physiotherapeutische Ambulanz Therapiebad, Krankengymnastik, Therapie bei Beckenbodendysfunktion, Manuelle Therapie, manuelle Lymphdrainage, Elektrotherapie, Massagen
4	AM07 - Privatambulanz	Physiotherapeutische Ambulanz Therapiebad, Krankengymnastik, Therapie bei Beckenbodendysfunktion, Manuelle Therapie, manuelle Lymphdrainage, Elektrotherapie, Massagen

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	27
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	27
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	146
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	146
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	480
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	480
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	50
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	50
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	365
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	365
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	188
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	188
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	25
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	25
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	204
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	204
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	196
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	196
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10

KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	347
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	347
KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	342
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	342
KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
NEO - Neonatologie	
Fallzahl	68
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	68

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 5,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 2,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,53
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 3,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
4. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase

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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 4,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung
(berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 1,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,89
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 2,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind

(berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 3,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht

wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 0,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

10. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind

	unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	7258
Beobachtete Ereignisse	0

11. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	7258
Beobachtete Ereignisse	0

12. 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) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für

Fachlicher Hinweis IQTIG	ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7258
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,84
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

17. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
18. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	75,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	58,35 - 88,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das

	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22. Lange 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 2,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54016
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den

	„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 4,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich

Fachlicher Hinweis IQTIG	zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	4,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,47 - 7,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,67 - 5,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54019
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	2,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,98 - 4,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,81
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,57 - 3,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 4,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

30. Komplikationen am Gewebe (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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	3
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,85 - 7,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

31. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 2,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	181
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,40
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54013

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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorendergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	3,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 17,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 3,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,84

34. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 2,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Lange 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,98 - 2,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	5,09
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,37 (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. 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) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
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	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 7,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, 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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05

Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,85 - 2,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	5,74
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und

	Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 3,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,85

40. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte 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

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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52316

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 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 System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239- 254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
43. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch

	auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 244,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
45. 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
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:

	„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 712,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
46. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die 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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu

Fachlicher Hinweis IQTIG	beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ 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	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 65,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
47. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die 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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ 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	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 281,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
48. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde	
Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 10,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
51. 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 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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG	„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 3,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,30 (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. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann

Fachlicher Hinweis IQTIG	z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 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	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	97,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,63 - 98,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	98
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). 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
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
54. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in

	dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,34
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
55. 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. Mit Hilfe 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 den

Fachlicher Hinweis IQTIG	„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,60
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
57. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	2195

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ 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	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 69,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). 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
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
-----------------	---

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 140,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
62. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
63. 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
	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich

Fachlicher Hinweis IQTIG	zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 28,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,10 (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. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 66,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
65. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben	
Ergebnis-ID	162301
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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

66. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

67. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

68. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

69. 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
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,26 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

71. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162304
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

72. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

73. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

74. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

75. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des

Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind	
Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	80
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,55 - 96,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
76. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	342
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,00
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	99,12 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	283
Beobachtete Ereignisse	283
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird

	das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,20
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Rechnerisches Ergebnis	95,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,13 - 99,55

Fallzahl

Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	23

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Rechnerisches Ergebnis	99,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,72 - 99,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	107

Beobachtete Ereignisse	106
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 70,92\%$ (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,93 - 100,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 95,00\%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,97
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,06 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	128
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
82. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig 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	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%

Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0

83. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	51847
--------------------	--------------

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,95 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	121
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
85. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können

	den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	189
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
86. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.	
Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	243

Beobachtete Ereignisse	243
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 98,69 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	212400
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	80,10
Vertrauensbereich bundesweit	79,81 - 80,39
Rechnerisches Ergebnis	63,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	57,46 - 68,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	275
Beobachtete Ereignisse	174
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 38,35 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. 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	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

89. 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
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	99,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,67 - 99,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	126
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. 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	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 0,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	474
Beobachtete Ereignisse	124

Erwartete Ereignisse	148,85
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Rechnerisches Ergebnis	11,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,08 - 18,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	14

92. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Rechnerisches Ergebnis	41,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	30,36 - 53,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	27

93. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

94. 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	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Rechnerisches Ergebnis	2,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,11 - 7,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	4

95. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt 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	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Rechnerisches Ergebnis	12,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,19 - 23,63

Fallzahl	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	7

96. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt 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	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

97. 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	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der

	Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	73,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,41 - 83,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	41

98. 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	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

99. 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	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
100. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	
Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
101. 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	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

102. 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	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Rechnerisches Ergebnis	38,46

Vertrauensbereich Krankenhaus	17,71 - 64,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	5
103. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
104. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	449
Beobachtete Ereignisse	0
105. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	449
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,35
106. 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
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorendergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,16

Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 56,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
107. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,67
Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
108. 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
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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	455

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,82
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 2,32$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. 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
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 36,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	455
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11
110. 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
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,52
Fallzahl	

Grundgesamtheit	455
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,08

111. 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
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	449
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	1,35
112. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	449
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,28

113. 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	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	2,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 14,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
114. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	325
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,30
115. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	9,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,71 - 47,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
116. 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	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs

Fachlicher Hinweis IQTIG	nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
117. 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	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Rechnerisches Ergebnis	2,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,13 - 3,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	482
Beobachtete Ereignisse	10

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,66 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. 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	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,49
Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,76 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. 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; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	0
120. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	222402
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stimmungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	0,94

Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 72,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

121. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,49
Vertrauensbereich bundesweit	3,11 - 3,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

122. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

123. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,23
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

124. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

125. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind

Fachlicher Hinweis IQTIG	unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

126. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,96
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

127. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

128. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	222400
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

129. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	222401
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

130. Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	222201
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:

	„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

131. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,18 - 8,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

132. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den

	„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	2,25
Vertrauensbereich bundesweit	2,06 - 2,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

133. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	5,40
Vertrauensbereich bundesweit	4,76 - 6,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

134. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies

Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

135. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, schwerwiegende Schädigungen des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen

	sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,26
Vertrauensbereich bundesweit	1,19 - 1,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,43 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
136. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das

	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

137. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

138. Schwerwiegende Schädigungen 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

139. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind

Fachlicher Hinweis IQTIG	unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	2,24
Vertrauensbereich bundesweit	2,03 - 2,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

140. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

141. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50060
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

142. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das
--------------------------	---

	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
143. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9

Beobachtete Ereignisse	0
144. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
145. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,37

Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,50
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
146. 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	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	98,13
Vertrauensbereich bundesweit	98,04 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,42 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	65
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

147. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50069
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

148. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von

mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	50074
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 0,94
Rechnerisches Ergebnis	1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 3,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,52
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,96 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

☒ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

trifft nicht zu

#	DMP
---	-----

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Prozess- und Ergebnisparameter im Rahmen der QUIPS - Studie in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Jena	
Leistungsbereich	Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie
Ergebnis	statistische Auswertung der Werte und Vergleich
Messzeitraum	fortlaufend, jährliche Auswertung
Datenerhebung	Prozessdaten bzw. Details zur Narkose, Prämedikation, postoperativen Schmerztherapie im Aufwachraum und auf Station
Rechenregeln	statistische Auswertung
Referenzbereiche	Benchmarkgruppen (Allgemeinchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie)
Vergleichswerte	Ergebnisse aller dokumentierten Parameter im QUIPS - Projekt
Quellenangabe	https://www.quips-projekt.de
Qualitätsindikatoren entsprechend der evidenzbasierten Leitlinie	
Leistungsbereich	Brustzentrum der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Ergebnis	statistische Auswertung der Werte und Vergleich
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	anonymisierte Erfassung der Routinedaten
Rechenregeln	statistische Auswertung
Referenzbereiche	definierte Sollvorgaben
Vergleichswerte	Sollvorgaben in %

Quellenangabe	Deutsche Krebsgesellschaft: https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html ;
multiple Qualitätsindikatoren Schlaganfall	
Leistungsbereich	Klinik für Innere Medizin
Ergebnis	Auswertung der Angaben in %
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	anonymisierte Erfassung der Routinedaten
Rechenregeln	Berechnung des Anteils in %
Referenzbereiche	verschiedene Referenzbereiche
Vergleichswerte	Ergebnisse aller dokumentierten Patienten
Quellenangabe	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland: https://www.medizin.uni-muenster.de/qsnewd/das-projekt
definierte Qualitätsindikatoren Hüfte	
Leistungsbereich	Endoprothesenzentrum der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Ergebnis	statistische Auswertung der Werte und Vergleich
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	quantitative, anonymisierte Erfassung der Routinedaten über "EPRD Edit"
Rechenregeln	statistische Auswertung
Referenzbereiche	definierte Sollvorgaben
Vergleichswerte	Sollvorgaben in %
Quellenangabe	https://endocert.de/images/pdf/Jahresbericht_EndoCert_2025.pdf ;
multiple Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität	
Leistungsbereich	Traumazentrum der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Ergebnis	Zertifizierung lokales TraumaNetzwerk
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Erfassung von: Verletzungsmustern, zeitlichen Abläufen der Primär- und klinischen Versorgung, Outcome
Referenzbereiche	Vergleich von: Verletzungsmuster, Behandlungszeiten, Mortalitätsregister
Vergleichswerte	Dokumentationsqualität, Gruppenanalysen, grafische Klinikvergleiche
Quellenangabe	TraumaNetzwerk DGU: https://www.traumanetzwk-dgu.de
definierte Qualitätsindikatoren Knie	
Leistungsbereich	Endoprothesenzentrum der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Ergebnis	statistische Auswertung der Werte und Vergleich
Messzeitraum	jährlich

Datenerhebung	quantitative, anonymisierte Erfassung der Routinedaten über "EPRD Edit"
Rechenregeln	statistische Auswertung
Referenzbereiche	definierte Sollvorgaben
Vergleichswerte	Sollvorgaben in %
Quellenangabe	https://endocert.de/images/pdf/Jahresbericht_EndoCert_2025.pdf ;
ärztliche und pflegerische Versorgung von Neugeborenen	
Leistungsbereich	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin / Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Ergebnis	Perinatalzentrum lt. Anforderungen der periZert - Perinataler Schwerpunkt
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	standortbezogene Strukturabfrage
Referenzbereiche	Einteilung in Level
Quellenangabe	Perinatalzentrum: https://perinatalzentrum.org

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	309
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Erbrachte Menge	356

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	309
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	315
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr	356
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	286
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	Keine Leistungsmenge
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	Keine Leistungsmenge
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Ja
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

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

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	CQ07: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt Das Krankenhaus erfüllt die Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) für die Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt".

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Nein
--	------

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.

Nachweis zur QSFFx

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt
Anzahl der Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden: 366

Erfüllung der Mindestanforderungen

Anzahl der Tage, für die eine Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung angegeben wurde: 0
Anzahl der Mindestanforderungen, die mindestens 48 Stunden nicht erfüllt wurden: 1

Allgemeine Mindestanforderungen

Das Krankenhaus erfüllt die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 nicht bzw. nimmt nicht zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teil.

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
Fachabteilung Chirurgie Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.	0
Fachabteilung Innere Medizin Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.	0
Verantwortlichkeit Notfallversorgung Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.	0

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
Fortbildungen Notfallversorgung Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	0
Verfügbarkeit Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.	0
Betten Intensivstation Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.	0
Betten Intensivstation Beatmung Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.	0
System Behandlungspriorisierung Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.	0
Schockraum Es ist ein Schockraum verfügbar.	0
Computertomographie Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.	0
Weiterverlegung Luftweg Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.	0

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	49
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	37
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	36

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - C1 - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - C1 - Nachtschicht	100 %
3	Unfallchirurgie, Orthopädie - U1 - Tagschicht	100 %
4	Unfallchirurgie, Orthopädie - U1 - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - I1 - Tagschicht	100 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - I1 - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin - I3 - Tagschicht	100 %
8	Innere Medizin - I3 - Nachtschicht	100 %
9	Intensivmedizin - ITS1 - Tagschicht	100 %
10	Intensivmedizin - ITS1 - Nachtschicht	100 %
11	Allgemeine Pädiatrie - P1 - Tagschicht	100 %
12	Allgemeine Pädiatrie - P1 - Nachtschicht	100 %
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - G1 - Tagschicht	100 %
14	Gynäkologie und Geburtshilfe - G1 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - C1 - Tagschicht	97,54 %
2	Allgemeine Chirurgie - C1 - Nachtschicht	92,08 %
3	Unfallchirurgie, Orthopädie - U1 - Tagschicht	98,36 %
4	Unfallchirurgie, Orthopädie - U1 - Nachtschicht	78,69 %
5	Innere Medizin, Kardiologie - I1 - Tagschicht	95,9 %
6	Innere Medizin, Kardiologie - I1 - Nachtschicht	98,63 %
7	Innere Medizin - I3 - Tagschicht	82,24 %
8	Innere Medizin - I3 - Nachtschicht	81,69 %
9	Intensivmedizin - ITS1 - Tagschicht	95,63 %
10	Intensivmedizin - ITS1 - Nachtschicht	99,73 %
11	Allgemeine Pädiatrie - P1 - Tagschicht	99,73 %
12	Allgemeine Pädiatrie - P1 - Nachtschicht	98,36 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - G1 - Tagschicht	81,69 %
14	Gynäkologie und Geburtshilfe - G1 - Nachtschicht	82,24 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)

- An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).
- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
 - Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.
 - Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
 - Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95% und im dritten und vierten Quartal 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
---------	------