



2019

Referenzbericht

AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3
SGB V über das Jahr 2019

| | |
|--------------------------|------------|
| Übermittelt am: | 09.11.2020 |
| Automatisch erstellt am: | 03.03.2021 |
| Layoutversion vom: | 10.05.2021 |
| 2. Version erstellt am: | 31.05.2021 |



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese **maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML)**, einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|-----|
| - | 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 | 6 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 6 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 6 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 7 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 10 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 11 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 12 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 13 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 14 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 14 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 20 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 32 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 32 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 34 |
| B-1 | Pneumologie | 34 |
| C | Qualitätssicherung | 44 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 44 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 109 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 109 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 109 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 109 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 109 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 110 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 111 |
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 112 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 121 |

- **Einleitung**

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Ramona Rupp
Telefon: 0641/9606-6694
E-Mail: ramona.rupp@ekm-gi.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Int. Dipl. Betriebswirt Sebastian Polag
Telefon: 0641/9606-117
Fax: 0641/9606-160
E-Mail: sek.ge@ekm-gi.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.klinik-waldhof.de>
Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.ekm-gi.de>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen
Hausanschrift: Paul-Zipp-Straße 171
35398 Gießen
Postanschrift: Paul-Zipp-Straße 171
35398 Gießen
Institutionskennzeichen: 260650369
Standortnummer: 99
URL: <http://www.ekm-gi.de>
Telefon: 0641/9606-0

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Priv. Doz. Dr. med. Jochen Sticher
Telefon: 0641/9606-213
Fax: 0641/9606-217
E-Mail: anaesthesie@ekm-gi.de

Position: Stellvert. ärztl. Direktorin
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Katja Schlosser
Telefon: 0641/9606-221
Fax: 0641/9606-202
E-Mail: sek.ch@ekm-gi.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name: Master of Arts (Pflege- und Gesundheitsmanagement) Markus Lich
Telefon: 0641/9606-114
Fax: 0641/9606-160
E-Mail: pflegedirektion@ekm-gi.de

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Anne Wunsch
Telefon: 0641/9606-6712
E-Mail: anne.wunsch@ekm-gi.de

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Tina Dietrich
Telefon: 0641/9606-6714
E-Mail: tina.dietrich@ekm-gi.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Int. Dipl. Betriebswirt Sebastian Polag
Telefon: 0641/9606-117
Fax: 0641/9606-160
E-Mail: sek.gf@ekm-gi.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen
Hausanschrift: Waldhof Elgershausen 1
35753 Greifenstein
Postanschrift: Waldhof Elgershausen null
35753 Greifenstein
Institutionskennzeichen: 260650369
Standortnummer: 02
URL: <https://www.klinik-waldhof.de/start/>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon: 06449/927-261
Fax: 06449/927-399
E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Markus Helsper
Telefon: 06449/927-211
Fax: 06449/927-399
E-Mail: m.helsper@klinik-waldhof.de

Position: Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name: Master of Arts (Pflege- und Gesundheitsmanagement) Markus Lich
Telefon: 0641/9606-114
Fax: 0641/9606-160
E-Mail: pflegedirektion@ekm-gi.de

Verwaltungsleitung

Position: Klinikmanager (bis Okt. 2019)
Titel, Vorname, Name: David Laun
Telefon: 0641/9606-118
Fax: 0641/9606-120
E-Mail: david.laun@ekm-gi.de

Position: Verwaltungsleiterin (ab Nov. 2019)
Titel, Vorname, Name: Carina Plitsch
Telefon: 06449/927-207
Fax: 06449/927-288
E-Mail: c.plitsch@klinik-waldhof.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gemeinnützige GmbH
Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Individuelle Angehörigenberatung; sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst. |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | Atemübungen unter Anleitung der Atempädagogin, Erlernen von Atemtechniken zur Bewältigung von Notsituationen, inhalative Therapien, interne Schleimlösung mit VPR1-Desitin, Cornet, Vibraxtherapien, Förderung des Sekretabtransportes, Anregung der Durchblutung. |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Das Palliativ-Care Team, das sich aus speziell geschulten und weitergebildeten Ärzten, Pflegekräften und Mitarbeitern der Seelsorge zusammensetzt, hat zum Ziel, Schwerstkranke und Sterbende in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten. |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker | Anleitung zur Blutzuckermessung, Festlegung der benötigten Insulinmenge, Anwendung von Insulinpens sowie eine diabetesgerechte Ernährung. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Die Diätassistentinnen beraten nicht nur Diabetiker, sondern sind bei jeder Form der Diätberatung eingeschaltet. Sie beraten stationär wie auch ambulant zu allen ernährungsabhängigen Erkrankungen. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|--|
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Das Entlassmanagement kümmert sich um alle Patienten, die nach der Entlassung oder Verlegung weitere Betreuung und Versorgung (Pflege, Medikamente, Hilfsmittel) benötigen, diese frühzeitig zu planen sowie Hausärzte und weiterversorgende Institutionen zu informieren. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiterinnen der Pflege. |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Verbesserung der Atmung und Brustkorbbeweglichkeit, Dehnung der Atemhilfsmuskulatur und Verhaltens- und Entspannungsübungen. |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Raucherentwöhnung |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Den Patienten eine körperlich und psychisch entspannte, zügige Genesung/Linderung zu ermöglichen, ist Ziel eines besonderen Schmerzkonzeptes. |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Anleitung zum Umgang mit Sauerstoffkonzentratoren, mobile Sauerstoffversorgung Beratung bzgl. Schlafapnoe Beratung bzgl. Beatmung Beratung bzgl. Inhalationstherapie |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Kontinenzberatung; Hygieneexperten; Krebstherapie (Onko Nurse); Palliative Care, Einstellung Maskenbeatmung |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie durch externe Praxis. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|--|
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Die Patienten werden mit den notwendigen medizinischen Hilfsmitteln (Sauerstoffgerät, Stützstrümpfe, Gehhilfen etc.) während des stationären Aufenthaltes versorgt. Mehrere externe Sanitätsfachgeschäfte sichern die Versorgung. |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Flyer sind beim Sozialdienst zu erfragen. |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | Aromatherapie bezeichnet die Anwendung ätherischer Öle zur Linderung von Krankheiten oder zur Steigerung des Wohlbefindens in der Palliativmedizin. |
| MP54 | Asthmaschulung | Patienten mit Asthma erhalten Informationen zum Umgang mit ihrer Erkrankung, damit Sie ihren Alltag freier und unkomplizierter gestalten können. Neben therapeutischen Maßnahmen, wie der speziellen Medikation, werden auch präventive Maßnahmen thematisiert. |
| MP63 | Sozialdienst | Die Sozialdienstmitarbeiterinnen bieten Unterstützung bei Problemen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus entstehen können. Sie beraten bei Reha-Maßnahmen oder dem Antrag auf einen Pflegegrad und helfen bei der Organisation in die häusliche oder stationäre Pflege. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Der Pflegedienst und Sozialdienst haben Kontakt zu unterschiedlichen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zu Hospizen. Rechtzeitig vor Entlassung wird Kontakt zu einer heimatnahen oder dem Wunsch des Patienten entsprechende Pflegeeinrichtung aufgenommen. |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | | |
|---|--|------|--|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | Für Angehörige die während des Krankenhausaufenthaltes in der Klinik bleiben möchten besteht die Möglichkeit ein Gästezimmer zu mieten. |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | Unsere Klinikseelsorgerin nimmt gerne Kontakt mit Ihnen auf. Melden Sie sich bei einem Mitarbeiter/-in der Station oder werfen Sie eine Mitteilung in den Briefkasten der Klinikseelsorge. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | Abende der Gesundheit am Evangelischen Krankenhaus in Gießen |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | Flyer sind beim Sozialdienst zu erfragen. |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | Das Essen wird von unserem Küchenteam mit großer Sorgfalt zubereitet. Weiterhin werden Diäten angeboten. Bei Änderungswünschen wenden Sie sich an die Mitarbeiter des Pflorgeteams. |
| NM68 | Abschiedsraum | | Ein ausgewiesener Abschiedsraum ist nicht vorhanden. Angehörige haben die Möglichkeit im Patientenzimmer Abschied zu nehmen. |

| Patientenzimmer | | | |
|------------------------|--|-------------|--------------------------------------|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | überwiegend mit zimmereigener Dusche |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | zum Teil mit zimmereigener Dusche |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Pflegedienstleitung
 Titel, Vorname, Name: Markus Helsper
 Telefon: 06449/927-204
 Fax: 927/06449-288
 E-Mail: m.helsper@klinik-waldhof.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------------|-------------------------------------|------------------|
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------------|--|---|
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | Nicht alle Zimmer sind rollstuhlgerecht ausgestattet. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------------|--|----------------------|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | mobiles Röntgengerät |



Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

| | | |
|------|--|--|
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|---|
| BF25 | Dolmetscherdienste | Über ein externes Fremdsprachenunternehmen ist die Behandlungsmöglichkeit für jeden Patienten gewährleistet. |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | Über eine interne Dolmetscherliste können folgende Sprachen abgedeckt werden: englisch, polnisch, russisch, spanisch, türkisch und ungarisch |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|------------------------------|-----------|
| BF24 | Diätische Angebote | |

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|---|---|
| FL01 | Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Prof. Dr. med. Andreas Günther (ordentlicher Professor für Innere Medizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen) |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Sowohl im Rahmen des Klopfkurses („körperliche Untersuchungstechniken“), der Ausbildung an der Uni (Modulunterricht Innere Medizin, Pathophysiologievorlesung Innere Medizin), als auch im Rahmen der PJ Ausbildung |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | |
| FL05 | Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien | |
| FL06 | Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien | |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien | Die Studien finden grundsätzlich an der Uni statt. |
| FL09 | Doktorandenbetreuung | |

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | Die Ausbildung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Ev. Krankenhaus Mittelhessen. |

A-9 **Anzahl der Betten**

Betten: 95

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 3034

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 1988

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 14,50 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 14,50 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 14,50 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 9,44 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,44 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 9,44 | |

| Belegärztinnen und Belegärzte | | |
|-------------------------------|---|--|
| Anzahl | 0 | |

A-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 51,06 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 51,06 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 51,06 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,65 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,65 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,90 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,90 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,90 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,46 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,46 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,46 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,93 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,93 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,93 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 6,92 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,92 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 6,92 | |

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 Diätassistentin und Diätassistent

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,00 | |

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,20 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,20 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,20 | |

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,59 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,59 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,59 | |

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

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,00 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Qualitätsmanagement
 Titel, Vorname, Name: Ramona Rupp
 Telefon: 0641/9606-6694
 E-Mail: qm@ekm-gi.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: Die QM-Beauftragten tauschen sich im regelmäßigen Tonus mit dem QM-Team aus. Das Team besteht aus Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungs- und Funktionsbereiche. Diese erarbeiten gemeinsame Lösungen und sorgen für deren Umsetzung.

Tagungsfrequenz: halbjährlich AGAPLESION Arbeitsbereich QM (AAB) konzernweit monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: QMB und Risikomanagementbeauftragte
 Titel, Vorname, Name: Ramona Rupp
 Telefon: 0641/9606-6694
 E-Mail: qm@ekm-gi.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

| | |
|--|---|
| Lenkungsgremium eingesetzt: | Ja |
| Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: | CIRS-Basisteam mit Pflegekräften, Mitarbeiter Funktionsdienste, Techn. Dienst Besprechung von CIRS-Fällen / Fehlern AGAPLESION Lenkungsgruppe RM (2x jährlich) mit GFs, Justiziarin, ZD Intern Revision, ZD QM, MA Wohnen & Pflegen: Konzernweite Analyse / Weiterentwicklung des RM |
| Tagungsfrequenz: | andere Frequenz |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | roXtra vom 08.08.2019 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Reanimationsübungen vom 19.06.2018 |
| RM05 | Schmerzmanagement | PWE Schmerzmanagement in der Pflege vom 29.08.2019 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | PWE Sturzprophylaxe und Umgang mit Stürzen vom 20.10.2017 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | PWE Dekubitusprophylaxe vom 06.12.2018 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | PWE Freiheitsentziehende Maßnahmen, VA vom 22.09.2016 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | roXtra vom 13.04.2018 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | PWE Umgang mit Patienten Identifikationsarmband vom 04.04.2019 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | PWE Entlassungsmanagement vom 04.01.2018 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem Ja
 eingerichtet:
 Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Maßnahmen: Patientenidentifikationsarmbänder wurden eingeführt, Etikettierungssystem um Verwechslungen von Spritzen zu vermeiden
 Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS) ist eingeführt

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|------|--|--|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 19.06.2019 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | bei Bedarf |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja
 Tagungsfrequenz: jährlich

| Nr. | Erläuterung |
|------|---|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Ärztlicher Direktor
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Andreas Günther
 Telefon: 06449/927-261
 Fax: 06449/927-399
 E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|--|
| Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker | 1 | Dr. Jahn-Mühl ist der Krankenhaustygieniker der AGAPLESION Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen und gleichzeitig der Leiter des Hygieneinstitutes in Frankfurt. |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 | Es steht ein fachweitergebildeter hygienebeauftragter Arzt zur Verfügung. |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 | Die Hygienefachkraft in der AGAPLESION Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen ist zuständig für alle hygienerlevanten Bereiche. |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 4 | |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| Hygienestandard ZVK | |
|---|----|
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion | ja |
| Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | ja |
| Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit | ja |

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

| | |
|---------------------|----|
| sterile Handschuhe | ja |
| steriler Kittel | ja |
| Kopfhaube | ja |
| Mund Nasen Schutz | ja |
| steriles Abdecktuch | ja |

Venenverweilkatheter

| | |
|--|----|
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |

A-12.3.2.2 Antibiotikaphylaxe Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie

| | |
|--|----|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: | ja |

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe nicht nötig ist.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standard Wundversorgung Verbandwechsel | |
|--|----|
| Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor | ja |
| Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | ja |
| Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | ja |

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

| Händedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|---|-------|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 21,38 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | 54,19 |

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

| MRE | |
|---|----|
| Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke | ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen | ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten | ja |



A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|---|---------------|---------------------------------|
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | Validierung und Steri und RDG-E |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | interner Fortbildungskalen der |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | ja | Das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement (AGA Meinungsmanagement), orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | ja | Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (AGA Meinungsmanagement) vor. Dort ist u. a. geregelt, dass innerhalb von fünf Tagen eine Rückmeldung an den Meinungsgeber erfolgen sollte (falls bekannt) und wie der weitere Prozess intern geregelt ist. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | ja | Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeitenden äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche zu realisieren. Auch unsere Meinungsmanagerin nimmt Meinungen gerne entgegen. Die Kontaktdaten des Ansprechpartners sind zudem veröffentlicht, so dass eine Meinung auch telefonisch mitgeteilt werden kann. Die Meinungsäußerungen werden zur besseren Bearbeitung und Auswertung zusätzlich noch einmal dokumentiert. |

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|------|---|
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | ja | Für unsere Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern von den Patienten, Angehörigen oder Besuchern gewünscht, können Mitarbeiter helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | ja | Die Rückmeldung an den Meinungsführer erfolgt, sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt. |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | ja | Wir haben für die Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Anonyme Beschwerden können in den hierfür vorgesehenen Briefkasten im Eingangsbereich eingeworfen oder per Post an unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagements gesendet werden. Unserer Homepage bietet sich als weitere Möglichkeit für die anonyme Meldung einer Meinung an. |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | ja | Tumorzentrum |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | nein | |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: QM
 Titel, Vorname, Name: Ramona Rupp
 Telefon: 0641/9606-6694
 E-Mail: qm@ekm-gi.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <https://www.klinik-waldhof.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsbogen/>

Kommentar: Lob, Anregungen oder Beschwerden der Patienten, Angehörigen oder Besucher nimmt sich eine Mitarbeiterin des Meinungsmanagement an. Sie steuert den gesamten Meinungsmanagementprozess von Aufnahme über Bearbeitung bis hin zur statistischen Auswertung und Rückmeldung an den Meinungsführer.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Klinikseelsorgerin
Titel, Vorname, Name: Pfarrerin Birgit Meier
Telefon: 06449/927-208
Fax: 06449/927-399
E-Mail: IhreMeinung@klinik-waldhof.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: <https://www.klinik-waldhof.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsbogen/>

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position: Ärztlicher Direktor
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Andreas Günther
 Telefon: 06449/927-261
 Fax: 06449/927-399
 E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 5

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 5

Erläuterungen: Es besteht eine Kooperation mit der Lahn-Apotheke, Gießen.
 Regelmäßige Kommissionssitzungen, Stationsbegehungen sowie Schulungen z. B.
 Zytostatika, Betäubungsmittel finden statt. Informationen zur
 Arzneimitteltherapiesicherheit werden zur Verfügung gestellt oder individuell
 erarbeitet.

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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.

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)

roXtra

08.08.2019

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|----------------------------|---|---------------|-----------|
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | nein | |

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass

Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

Die Notfallversorgung ist nicht vereinbart.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Pneumologie

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Pneumologie"

Fachabteilungsschlüssel: 0800
Art: Pneumologie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon: 06449/927-261
Fax: 06449/927-399
E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de
Anschrift: Waldhof Elgershausen 1
35753 Greifenstein
URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

Kommentar: Es sind Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

| | | |
|------|---|--|
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI20 | Intensivmedizin | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |
| VI35 | Endoskopie | |
| VI38 | Palliativmedizin | |
| VI40 | Schmerztherapie | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3034

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Chefarzt Prof. Dr. Günther | |
|--|---|
| Ambulanzart: | Privatambulanz(AM07) |
| Kommentar: | |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO | |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32) |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin | |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32) |

Frau Dr. M. Degen

| | |
|--------------|--|
| Ambulanzart: | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)(AM04) |
|--------------|--|

Kommentar:

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

| | |
|----------------------|--|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32) |
|----------------------|--|

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

| | |
|----------------------|---|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02) |
|----------------------|---|

| | |
|----------------------|--|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) |
|----------------------|--|

| | |
|----------------------|---|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16) |
|----------------------|---|

| | |
|----------------------|---|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) |
|----------------------|---|

| | |
|----------------------|---|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) |
|----------------------|---|

| | |
|----------------------|--|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) |
|----------------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30) |
|----------------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32) |
|----------------------|--|

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 14,50 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 14,50 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 14,50 | |
| Fälle je Vollkraft | 209,24138 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 9,44 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,44 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 9,44 | |
| Fälle je Vollkraft | 321,39831 | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------------|--|------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|------------------------------------|-----------|
| ZF03 | Allergologie | |
| ZF07 | Diabetologie | |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF39 | Schlafmedizin | |
| ZF44 | Sportmedizin | |

B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|--|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 51,06 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 51,06 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 51,06 | |
| Fälle je Anzahl | 59,42029 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

Gesundheits- und Kinderkrankpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankpfleger

| | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,65 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,65 | |
| Fälle je Anzahl | 4667,69231 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,90 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,90 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,90 | |
| Fälle je Anzahl | 1596,84211 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,46 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,46 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,46 | |
| Fälle je Anzahl | 876,87861 | |

| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,93 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,93 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,93 | |
| Fälle je Anzahl | 1572,02073 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 6,92 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,92 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 6,92 | |
| Fälle je Anzahl | 438,43931 | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|---|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | Für die Weaningstation sind bereits drei Mitarbeiterinnen zur Respiratory Assistent ausgebildet. Eine kontinuierliche Weiterbildung findet statt. |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches | |
| PQ06 | Master | |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ18 | Pflege in der Endoskopie | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ22 | Intermediate Care Pflege | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|--------------------------------|-----------|
| ZP03 | Diabetes | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP07 | Geriatric | |
| ZP09 | Kontinenzmanagement | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP22 | Atmungstherapie | |

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|---------------|-----------------|--------------------|--|
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | (Datenschutz) | | (Datenschutz) | |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen (15/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Geburtshilfe (16/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar |
|--|---------------|-----------------|--------------------|--|
| Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) | (Datenschutz) | | (Datenschutz) | |
| Mammachirurgie (18/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Dekubitusprophylaxe (DEK) | 53 | | 100 | |
| Herzchirurgie (HCH) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO) | 0 | HCH | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI) | 0 | HCH | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) | 0 | HEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) | 0 | HEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | HTXM | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | HTXM | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar |
|--|----------|-----------------|--------------------|--|
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 0 | KEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | 0 | KEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatalogie (sog. Neonatalerhebung) (NEO) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 19 | | 100 | |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

C-1.2.[0] Ergebnisse der Qualitätssicherung

I. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt



**I.A Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur
Veröffentlichung geeignet bewertet wurden**

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Ergebnis ID | 51191 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1 |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---------------------------------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 1,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 4,42 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln |
| Ergebnis ID | 52139 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 88,83 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 88,63 - 89,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 60,00 % |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Ergebnis ID | 52305 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,44 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,37 - 95,52 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Ergebnis ID | 52311 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,65 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,56 - 1,74 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Ergebnis ID | 54140 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,59 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,5 - 98,68 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Systeme 1. Wahl |
| Ergebnis ID | 54141 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,8 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,67 - 96,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Systeme 2. Wahl |
| Ergebnis ID | 54142 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,1 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,08 - 0,13 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Systeme 3. Wahl |
| Ergebnis ID | 54143 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,69 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,59 - 1,78 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 10,00 % |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt |
| Ergebnis ID | 101800 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---------------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,88 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,86 - 0,89 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 3,43 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Ergebnis ID | 101801 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,04 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 2,60 % |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden |
| Ergebnis ID | 101802 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 56,49 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 56,14 - 56,85 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---------------------------------------|
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Kürzel Leistungsbereich | 09/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Leitlinienkonforme Indikation |
| Ergebnis ID | 101803 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,55 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,37 - 93,72 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |



| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Kürzel Leistungsbereich | 17/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Präoperative Verweildauer |
| Ergebnis ID | 54030 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 12,75 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,48 - 13,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 15,00 % |



| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|---|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Kürzel Leistungsbereich | 17/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis ID | 54033 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |

| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|--|
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 2,17 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Kürzel Leistungsbereich | 17/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Ergebnis ID | 54042 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |

| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|--|
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,94 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,97 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 2,15 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Kürzel Leistungsbereich | 17/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Ergebnis ID | 54046 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,96 |

| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 1 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Kürzel Leistungsbereich | 17/1 |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Sturzprophylaxe |
| Ergebnis ID | 54050 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,01 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,85 - 97,15 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Fallzahl | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |



| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|--|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Ergebnis ID | 52009 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,07 |

| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|------------------------------------|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,62 - 1,86 |
| Grundgesamtheit | 3026 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | 11 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 2,13 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Ergebnis ID | 52010 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | D50 |



| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|------------------------------|
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | verschlechtert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 |
| Ergebnis ID | 52326 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,31 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,3 - 0,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,33 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,18 - 0,61 |
| Grundgesamtheit | 3026 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 |
| Ergebnis ID | 521801 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,06 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,05 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Ergebnis ID | 2005 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,59 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,54 - 98,63 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 83,18 - 100,00 |
| Grundgesamtheit | 19 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | $\geq 95,00 \%$ |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis ID | 2006 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,63 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,59 - 98,68 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 83,18 - 100,00 |
| Grundgesamtheit | 19 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis ID | 2007 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,29 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,92 - 97,62 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,00 |
| Grundgesamtheit | 0 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Ergebnis ID | 2009 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,26 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,17 - 95,35 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,74 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 75,36 - 99,06 |
| Grundgesamtheit | 19 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | $\geq 90,00\%$ |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Ergebnis ID | 2013 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 94,24 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,11 - 94,37 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 - 100,00 |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | $\geq 90,00 \%$ |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis ID | 2028 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,04 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,94 - 96,13 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,41 - 100,00 |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis ID | 2036 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,57 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,51 - 98,63 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,41 - 100,00 |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Ergebnis ID | 50722 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,72 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,65 - 96,79 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,41 - 100,00 |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | $\geq 95,00 \%$ |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Ergebnis ID | 50778 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,00 |
| Grundgesamtheit | 19 |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|-------------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 1,88 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Kürzel Leistungsbereich | PNEU |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) |
| Ergebnis ID | 231900 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 12,89 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,76 - 13,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 16,82 |
| Grundgesamtheit | 19 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N02 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|------------------------------|------------------------------|
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

| Bezeichnung | Teilnahme |
|---|-----------------|
| Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation | trifft_nicht_zu |
| Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind | trifft_nicht_zu |
| Schlaganfall: Akutbehandlung | trifft_nicht_zu |
| MRE | ja |

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben

Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 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 zu machen.

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|------------|---|--------------------------|
| 1 | Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 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. | 15 |
| 1.1 | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 9 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 7 |



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Diagnosen zu B-1.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| C34.1 | 291 | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) |
| J84.1 | 189 | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose |
| J44.00 | 185 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| G47.31 | 154 | Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom |
| C34.3 | 151 | Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus) |
| J44.80 | 149 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| D38.1 | 131 | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge |
| C34.0 | 124 | Bösartige Neubildung: Hauptbronchus |
| G47.38 | 109 | Sonstige Schlafapnoe |
| J84.0 | 95 | Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände |
| J44.10 | 63 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| J44.81 | 63 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.01 | 61 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes |
| C34.8 | 53 | Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend |
| E66.22 | 52 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter |
| J44.82 | 50 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes |
| R06.3 | 48 | Periodische Atmung |
| I50.01 | 43 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| J45.0 | 43 | Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale |
| J67.8 | 43 | Allergische Alveolitis durch organische Stäube |
| Z08.0 | 42 | Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung |
| Z08.7 | 34 | Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung |
| D86.0 | 33 | Sarkoidose der Lunge |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| J22 | 27 | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet |
| J96.11 | 26 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] |
| J44.11 | 25 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes |
| E66.21 | 20 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter |
| R91 | 20 | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge |
| C45.0 | 19 | Mesotheliom der Pleura |
| J45.8 | 19 | Mischformen des Asthma bronchiale |
| J44.02 | 18 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes |
| C34.2 | 17 | Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus) |
| J44.83 | 17 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes |
| J61 | 17 | Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern |
| E66.20 | 16 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter |
| J45.1 | 16 | Nichtallergisches Asthma bronchiale |
| R04.2 | 15 | Hämoptoe |
| D86.2 | 14 | Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten |
| J44.12 | 14 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes |
| J98.4 | 14 | Sonstige Veränderungen der Lunge |
| A15.0 | 13 | Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren |
| J67.9 | 13 | Allergische Alveolitis durch nicht näher bezeichneten organischen Staub |
| J90 | 13 | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert |
| R94.2 | 13 | Abnorme Ergebnisse von Lungenfunktionsprüfungen |
| Z03.0 | 12 | Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose |
| J47 | 11 | Bronchiektasen |
| J67.2 | 11 | Vogelzüchterlunge |
| J98.6 | 11 | Krankheiten des Zwerchfells |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| J44.13 | 10 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes |
| J96.01 | 10 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] |
| R59.0 | 10 | Lymphknotenvergrößerung, umschrieben |
| I50.13 | 9 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| J18.1 | 9 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J20.8 | 9 | Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger |
| R05 | 9 | Husten |
| R06.0 | 9 | Dyspnoe |
| C78.0 | 8 | Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge |
| D70.10 | 8 | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage |
| G12.2 | 8 | Motoneuron-Krankheit |
| J18.0 | 8 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J44.03 | 8 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes |
| Z08.1 | 8 | Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung |
| J15.5 | 7 | Pneumonie durch Escherichia coli |
| J98.1 | 7 | Lungenkollaps |
| A31.0 | 6 | Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien |
| G47.30 | 6 | Zentrales Schlafapnoe-Syndrom |
| J41.1 | 6 | Schleimig-eitrige chronische Bronchitis |
| M95.4 | 6 | Erworbene Deformität des Brustkorbes und der Rippen |
| A15.1 | 5 | Lungentuberkulose, nur durch Kultur gesichert |
| D86.8 | 5 | Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen |
| I26.9 | 5 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I27.28 | 5 | Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie |
| J41.0 | 5 | Einfache chronische Bronchitis |
| J95.2 | 5 | Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation |
| J96.10 | 5 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| A16.2 | 4 | Lungentuberkulose ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung |
| B44.1 | 4 | Sonstige Aspergillose der Lunge |
| D86.1 | 4 | Sarkoidose der Lymphknoten |
| J70.0 | 4 | Akute Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung |
| J86.9 | 4 | Pyothorax ohne Fistel |
| J96.00 | 4 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] |
| M41.94 | 4 | Skoliose, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich |
| A15.2 | (Datenschutz) | Lungentuberkulose, histologisch gesichert |
| A15.3 | (Datenschutz) | Lungentuberkulose, durch sonstige und nicht näher bezeichnete Untersuchungsverfahren gesichert |
| A15.4 | (Datenschutz) | Tuberkulose der intrathorakalen Lymphknoten, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert |
| A15.5 | (Datenschutz) | Tuberkulose des Larynx, der Trachea und der Bronchien, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert |
| A15.6 | (Datenschutz) | Tuberkulöse Pleuritis, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert |
| A16.4 | (Datenschutz) | Tuberkulose des Larynx, der Trachea und der Bronchien ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung |
| A18.2 | (Datenschutz) | Tuberkulose peripherer Lymphknoten |
| A18.8 | (Datenschutz) | Tuberkulose sonstiger näher bezeichneter Organe |
| A31.80 | (Datenschutz) | Disseminierte atypische Mykobakteriose |
| A37.0 | (Datenschutz) | Keuchhusten durch Bordetella pertussis |
| A41.1 | (Datenschutz) | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken |
| A41.2 | (Datenschutz) | Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken |
| A41.51 | (Datenschutz) | Sepsis: Escherichia coli [E. coli] |
| A48.1 | (Datenschutz) | Legionellose mit Pneumonie |
| B37.0 | (Datenschutz) | Candida-Stomatitis |
| B44.0 | (Datenschutz) | Invasive Aspergillose der Lunge |
| C34.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet |
| C38.4 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Pleura |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| C49.3 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax |
| C77.1 | (Datenschutz) | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten |
| C78.2 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura |
| C79.3 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute |
| C79.88 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen |
| C83.1 | (Datenschutz) | Mantelzell-Lymphom |
| C96.5 | (Datenschutz) | Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose |
| D02.2 | (Datenschutz) | Carcinoma in situ: Bronchus und Lunge |
| D14.3 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge |
| D36.0 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Lymphknoten |
| D38.2 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Pleura |
| D38.3 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Mediastinum |
| D48.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe |
| D48.7 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Sonstige näher bezeichnete Lokalisationen |
| D61.10 | (Datenschutz) | Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie |
| D70.13 | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage |
| D70.14 | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage |
| D70.18 | (Datenschutz) | Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie |
| D70.6 | (Datenschutz) | Sonstige Neutropenie |
| E66.02 | (Datenschutz) | Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter |
| F95.1 | (Datenschutz) | Chronische motorische oder vokale Ticstörung |
| G10 | (Datenschutz) | Chorea Huntington |
| G12.8 | (Datenschutz) | Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome |
| G23.3 | (Datenschutz) | Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C] |
| G25.81 | (Datenschutz) | Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom] |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| G35.20 | (Datenschutz) | Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G35.9 | (Datenschutz) | Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet |
| G47.32 | (Datenschutz) | Schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom |
| G47.39 | (Datenschutz) | Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet |
| G54.5 | (Datenschutz) | Neuralgische Amyotrophie |
| G61.0 | (Datenschutz) | Guillain-Barré-Syndrom |
| G71.1 | (Datenschutz) | Myotone Syndrome |
| G80.0 | (Datenschutz) | Spastische tetraplegische Zerebralparese |
| G97.88 | (Datenschutz) | Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen |
| I21.4 | (Datenschutz) | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| I25.5 | (Datenschutz) | Ischämische Kardiomyopathie |
| I27.0 | (Datenschutz) | Primäre pulmonale Hypertonie |
| I27.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten |
| I33.0 | (Datenschutz) | Akute und subakute infektiöse Endokarditis |
| I44.2 | (Datenschutz) | Atrioventrikulärer Block 3. Grades |
| I50.12 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung |
| I50.14 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| I50.9 | (Datenschutz) | Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet |
| I63.3 | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| I77.6 | (Datenschutz) | Arteriitis, nicht näher bezeichnet |
| I80.0 | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten |
| I87.1 | (Datenschutz) | Venenkompression |
| I97.0 | (Datenschutz) | Postkardiotomie-Syndrom |
| J14 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Haemophilus influenzae |
| J15.2 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Staphylokokken |
| J16.8 | (Datenschutz) | Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger |
| J18.2 | (Datenschutz) | Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J20.1 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae |
| J20.2 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis durch Streptokokken |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| J20.9 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet |
| J21.8 | (Datenschutz) | Akute Bronchiolitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger |
| J38.03 | (Datenschutz) | Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Beidseitig, partiell |
| J38.3 | (Datenschutz) | Sonstige Krankheiten der Stimmlippen |
| J39.3 | (Datenschutz) | Hypersensitivitätsreaktion der oberen Atemwege, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| J40 | (Datenschutz) | Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet |
| J43.0 | (Datenschutz) | McLeod-Syndrom |
| J43.1 | (Datenschutz) | Panlobuläres Emphysem |
| J43.8 | (Datenschutz) | Sonstiges Emphysem |
| J43.9 | (Datenschutz) | Emphysem, nicht näher bezeichnet |
| J44.09 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.89 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J45.9 | (Datenschutz) | Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet |
| J46 | (Datenschutz) | Status asthmaticus |
| J69.0 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |
| J70.8 | (Datenschutz) | Krankheiten der Atmungsorgane durch sonstige näher bezeichnete exogene Substanzen |
| J82 | (Datenschutz) | Eosinophiles Lungeninfiltrat, anderenorts nicht klassifiziert |
| J84.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenerkrankungen |
| J85.1 | (Datenschutz) | Abszess der Lunge mit Pneumonie |
| J92.0 | (Datenschutz) | Pleuraplaques mit Nachweis von Asbest |
| J93.1 | (Datenschutz) | Sonstiger Spontanpneumothorax |
| J94.1 | (Datenschutz) | Fibrothorax |
| J94.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände der Pleura |
| J95.0 | (Datenschutz) | Funktionsstörung eines Tracheostomas |
| J95.1 | (Datenschutz) | Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation |
| J95.88 | (Datenschutz) | Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen |
| J96.90 | (Datenschutz) | Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch] |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| J98.0 | (Datenschutz) | Krankheiten der Bronchien, anderenorts nicht klassifiziert |
| J98.2 | (Datenschutz) | Interstitielles Emphysem |
| J98.7 | (Datenschutz) | Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert |
| J98.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege |
| K20 | (Datenschutz) | Ösophagitis |
| K52.1 | (Datenschutz) | Toxische Gastroenteritis und Kolitis |
| K63.3 | (Datenschutz) | Darmulkus |
| K71.1 | (Datenschutz) | Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose |
| M06.10 | (Datenschutz) | Adulte Form der Still-Krankheit: Mehrere Lokalisationen |
| M30.1 | (Datenschutz) | Panarteriitis mit Lungenbeteiligung |
| M31.3 | (Datenschutz) | Wegener-Granulomatose |
| M33.2 | (Datenschutz) | Polymyositis |
| M35.0 | (Datenschutz) | Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] |
| M35.1 | (Datenschutz) | Sonstige Overlap-Syndrome |
| M40.24 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Kyphose: Thorakalbereich |
| M41.20 | (Datenschutz) | Sonstige idiopathische Skoliose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| N19 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz |
| Q67.8 | (Datenschutz) | Sonstige angeborene Deformitäten des Thorax |
| R04.8 | (Datenschutz) | Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen |
| R06.5 | (Datenschutz) | Mundatmung |
| R07.3 | (Datenschutz) | Sonstige Brustschmerzen |
| R07.4 | (Datenschutz) | Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet |
| R09.1 | (Datenschutz) | Pleuritis |
| R11 | (Datenschutz) | Übelkeit und Erbrechen |
| R13.1 | (Datenschutz) | Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle |
| R25.2 | (Datenschutz) | Krämpfe und Spasmen der Muskulatur |
| R42 | (Datenschutz) | Schwindel und Taumel |
| R50.88 | (Datenschutz) | Sonstiges näher bezeichnetes Fieber |
| R53 | (Datenschutz) | Unwohlsein und Ermüdung |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| R59.1 | (Datenschutz) | Lymphknotenvergrößerung, generalisiert |
| R74.0 | (Datenschutz) | Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH] |
| R76.1 | (Datenschutz) | Abnorme Reaktion auf Tuberkulintest |
| S27.1 | (Datenschutz) | Traumatischer Hämatothorax |
| T17.5 | (Datenschutz) | Fremdkörper im Bronchus |
| T80.8 | (Datenschutz) | Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken |
| T82.7 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| Z03.1 | (Datenschutz) | Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung |
| Z08.2 | (Datenschutz) | Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung |
| Z09.7 | (Datenschutz) | Nachuntersuchung nach Kombinationsbehandlung wegen anderer Krankheitszustände |

- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 1-710 | 2710 | Ganzkörperplethysmographie |
| 3-202 | 791 | Native Computertomographie des Thorax |
| 1-843 | 728 | Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus |
| 1-620.00 | 689 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen |
| 1-711 | 669 | Bestimmung der CO-Diffusionskapazität |
| 1-713 | 666 | Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode |
| 1-790 | 664 | Polysomnographie |
| 9-984.7 | 504 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 3-222 | 487 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 8-716.10 | 418 | Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung |
| 1-715 | 390 | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt |
| 8-706 | 301 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 3-05f | 285 | Transbronchiale Endosonographie |
| 8-522.d1 | 262 | Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung |
| 9-984.8 | 248 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 1-426.3 | 227 | (Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal |
| 1-430.2 | 226 | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge |
| 8-717.1 | 213 | Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie |
| 9-984.b | 190 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 8-930 | 181 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 8-547.0 | 175 | Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern |
| 8-522.91 | 142 | Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung |
| 9-984.6 | 138 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 8-716.00 | 136 | Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Nicht invasive häusliche Beatmung |
| 8-717.0 | 136 | Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung |
| 1-620.01 | 116 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage |
| 6-009.38 | 116 | Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral: 200 mg bis unter 240 mg |
| 1-712 | 109 | Spiroergometrie |
| 1-714 | 84 | Messung der bronchialen Reaktivität |
| 8-800.c0 | 80 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 3-820 | 76 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 1-844 | 67 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 1-620.2 | 66 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit Autofluoreszenzlicht |
| 6-002.72 | 63 | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg |
| 8-522.61 | 63 | Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Mit bildgestützter Einstellung |
| 8-543.12 | 61 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente |
| 8-543.32 | 61 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente |
| 8-547.1 | 60 | Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern |
| 9-984.9 | 56 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 8-191.5 | 55 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband |
| 1-430.1 | 49 | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus |
| 1-632.0 | 40 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 8-931.1 | 40 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung |
| 3-993 | 35 | Quantitative Bestimmung von Parametern |
| 8-543.13 | 35 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente |
| 8-716.11 | 35 | Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Invasive häusliche Beatmung |
| 8-542.11 | 34 | Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament |
| 6-008.m6 | 33 | Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral: 240 mg bis unter 280 mg |
| 6-008.m7 | 32 | Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral: 280 mg bis unter 320 mg |
| 8-831.0 | 32 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 8-522.b1 | 30 | Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung |
| 8-152.1 | 29 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle |
| 8-831.2 | 27 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel |
| 1-432.1 | 26 | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura |
| 8-144.0 | 26 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig |
| 8-529.8 | 25 | Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung |
| 5-399.5 | 24 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 8-713.0 | 24 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System] |
| 8-528.9 | 23 | Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan |
| 9-401.00 | 23 | Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden |
| 3-200 | 22 | Native Computertomographie des Schädels |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 6-007.m2 | 22 | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral: 600 mg bis unter 750 mg |
| 8-718.3 | 22 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-810.x | 21 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige |
| 3-220 | 20 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-225 | 20 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 8-018.0 | 20 | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 1-440.a | 19 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 8-527.8 | 19 | Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC) |
| 8-987.11 | 18 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-718.2 | 17 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage |
| 8-982.1 | 17 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 9-984.a | 17 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 8-017.0 | 16 | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-017.2 | 16 | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 6-005.d0 | 15 | Applikation von Medikamenten, Liste 5: Nab-Paclitaxel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg |
| 8-522.c1 | 15 | Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Mit bildgestützter Einstellung |
| 8-990 | 15 | Anwendung eines Navigationssystems |
| 1-273.5 | 14 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Messung der pulmonalen Flussreserve |
| 6-001.c4 | 14 | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 1.000 mg bis unter 1.100 mg |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 6-008.m5 | 14 | Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral: 200 mg bis unter 240 mg |
| 8-542.12 | 14 | Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente |
| 9-401.01 | 14 | Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden |
| 1-273.1 | 13 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie |
| 6-001.c3 | 13 | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 900 mg bis unter 1.000 mg |
| 8-132.1 | 13 | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig |
| 3-800 | 12 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 6-001.c2 | 12 | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 800 mg bis unter 900 mg |
| 8-018.2 | 12 | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 8-98g.14 | 12 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage |
| 1-273.2 | 11 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens |
| 6-00a.1 | 11 | Applikation von Medikamenten, Liste 10: Atezolizumab, parenteral |
| 3-203 | 10 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 6-008.m4 | 10 | Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral: 160 mg bis unter 200 mg |
| 8-017.1 | 10 | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-191.00 | 8 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad |
| 8-982.3 | 8 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 1-431.1 | 7 | Perkutane (Nadel-)Biopsie an respiratorischen Organen: Pleura |
| 8-018.1 | 7 | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-543.11 | 7 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament |
| 8-701 | 7 | Einfache endotracheale Intubation |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 8-931.0 | 7 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung |
| 8-982.2 | 7 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-987.12 | 7 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 1-432.01 | 6 | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lunge: Durch Stanzbiopsie ohne Clip-Markierung der Biopsieregion |
| 1-700 | 6 | Spezifische allergologische Provokationstestung |
| 3-034 | 6 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] |
| 3-052 | 6 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 6-001.c1 | 6 | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 700 mg bis unter 800 mg |
| 8-144.1 | 6 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem |
| 8-144.2 | 6 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter |
| 8-191.20 | 6 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad |
| 8-542.51 | 6 | Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament |
| 8-543.42 | 6 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente |
| 8-987.13 | 6 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 1-426.0 | 5 | (Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, zervikal |
| 1-620.02 | 5 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit Alveoloskopie |
| 3-228 | 5 | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 6-002.10 | 5 | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 6-007.m4 | 5 | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral: 900 mg bis unter 1.050 mg |
| 8-100.4 | 5 | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Bronchoskopie mit flexiblem Instrument |
| 8-191.10 | 5 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad |
| 8-718.4 | 5 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage |
| 8-982.0 | 5 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 8-987.10 | 5 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 8-98g.12 | 5 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 1-610.0 | 4 | Diagnostische Laryngoskopie: Direkt |
| 3-226 | 4 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 5-311.1 | 4 | Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie |
| 6-002.12 | 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE |
| 6-002.97 | 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 850 mg bis unter 950 mg |
| 6-008.ma | 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral: 480 mg bis unter 560 mg |
| 6-009.3d | 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral: 400 mg bis unter 440 mg |
| 8-390.5 | 4 | Lagerungsbehandlung: Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe |
| 8-800.c1 | 4 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE |
| 8-812.60 | 4 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-919 | 4 | Komplexe Akutschmerzbehandlung |
| 8-98g.10 | 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 1-242 | (Datenschutz) | Audiometrie |
| 1-266.0 | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher |
| 1-273.6 | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Messung des Lungenwassers |
| 1-336 | (Datenschutz) | Harnröhrenkalibrierung |
| 1-421.0 | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision am Larynx: Supraglottis |
| 1-424 | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision am Knochenmark |
| 1-425.0 | (Datenschutz) | (Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus: Lymphknoten, zervikal |
| 1-425.3 | (Datenschutz) | (Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus: Lymphknoten, mediastinal |
| 1-426.x | (Datenschutz) | (Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Sonstige |
| 1-430.3 | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Stufenbiopsie |
| 1-431.0 | (Datenschutz) | Perkutane (Nadel-)Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge |
| 1-432.00 | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lunge: Durch Feinnadelaspiration |
| 1-432.02 | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lunge: Durch Stanzbiopsie mit Clip-Markierung der Biopsieregion |
| 1-440.9 | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt |
| 1-492.1 | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an Muskeln und Weichteilen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Schulterregion |
| 1-493.2 | (Datenschutz) | Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mediastinum |
| 1-494.4 | (Datenschutz) | (Perkutane) Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Brustwand |
| 1-586.0 | (Datenschutz) | Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Zervikal |
| 1-586.6 | (Datenschutz) | Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal |
| 1-613 | (Datenschutz) | Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop |
| 1-620.10 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen |
| 1-631.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs |
| 1-632.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 1-632.x | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Sonstige |
| 1-661 | (Datenschutz) | Diagnostische Urethrozystoskopie |
| 1-691.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie: Thorakoskopie |
| 1-853.2 | (Datenschutz) | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion |
| 1-859.0 | (Datenschutz) | Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Schilddrüse |
| 1-992.0 | (Datenschutz) | Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen: Analyse von 1 bis 2 genetischen Alterationen |
| 1-999.0 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines bronchopulmonalen elektromagnetischen Navigationssystems |
| 3-051 | (Datenschutz) | Endosonographie des Ösophagus |
| 3-13a | (Datenschutz) | Kolonkontrastuntersuchung |
| 3-13b | (Datenschutz) | Magen-Darm-Passage (fraktioniert) |
| 3-13x | (Datenschutz) | Andere Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren |
| 3-201 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Halses |
| 3-205 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-206 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens |
| 3-207 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-208 | (Datenschutz) | Native Computertomographie der peripheren Gefäße |
| 3-223 | (Datenschutz) | Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-705.0 | (Datenschutz) | Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie |
| 3-802 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-804 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Abdomens |
| 3-806 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-809 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Thorax |
| 3-824.0 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe |
| 3-825 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-826 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-230.0 | (Datenschutz) | Zahnextraktion: Einwurzeliger Zahn |
| 5-320.0 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus: Durch Bronchoskopie |
| 5-320.4 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus: Bronchoskopische Kryotherapie |
| 5-339.52 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 3 Ventile |
| 5-339.53 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 4 Ventile |
| 5-339.54 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 5 oder mehr Ventile |
| 5-345.6 | (Datenschutz) | Pleurodesse [Verödung des Pleuraspaltes]: Durch Instillation |
| 5-399.6 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-399.7 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-431.20 | (Datenschutz) | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode |
| 5-433.21 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 5-549.2 | (Datenschutz) | Andere Bauchoperationen: Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum |
| 5-572.1 | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan |
| 5-892.08 | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterarm |
| 5-896.0x | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Sonstige |
| 5-900.0f | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterschenkel |
| 5-900.0x | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige |
| 5-988.3 | (Datenschutz) | Anwendung eines Navigationssystems: Optisch |
| 6-001.1e | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Gemcitabin, parenteral: 34,0 g oder mehr |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 6-001.c0 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 600 mg bis unter 700 mg |
| 6-001.c5 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 1.100 mg bis unter 1.200 mg |
| 6-001.c6 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 1.200 mg bis unter 1.400 mg |
| 6-001.c7 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral: 1.400 mg bis unter 1.600 mg |
| 6-002.11 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE |
| 6-002.50 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral: 1,00 g bis unter 1,75 g |
| 6-002.52 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral: 2,50 g bis unter 3,50 g |
| 6-002.53 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral: 3,50 g bis unter 4,50 g |
| 6-002.54 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral: 4,50 g bis unter 6,50 g |
| 6-002.73 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 12 mg bis unter 18 mg |
| 6-002.76 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 30 mg oder mehr |
| 6-002.93 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 450 mg bis unter 550 mg |
| 6-002.98 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 950 mg bis unter 1.150 mg |
| 6-002.pj | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 1.600 mg bis unter 2.000 mg |
| 6-002.r8 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral: 4,0 g bis unter 4,8 g |
| 6-002.ra | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral: 5,6 g bis unter 6,4 g |
| 6-002.rk | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral: 23,2 g bis unter 26,4 g |
| 6-006.c | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 6: Crizotinib, oral |
| 6-007.5 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Dabrafenib, oral |
| 6-007.m0 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral: 300 mg bis unter 450 mg |
| 6-007.m1 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral: 450 mg bis unter 600 mg |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 6-007.m3 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral: 750 mg bis unter 900 mg |
| 6-009.7 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 9: Trametinib, oral |
| 6-00a.0 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 10: Alectinib, oral |
| 8-101.5 | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung ohne Inzision: Aus dem Pharynx |
| 8-101.x | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung ohne Inzision: Sonstige |
| 8-132.x | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Sonstige |
| 8-139.00 | (Datenschutz) | Andere Manipulationen am Harntrakt: Bougierung der Urethra: Ohne Durchleuchtung |
| 8-149.x | (Datenschutz) | Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage: Sonstige |
| 8-153 | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 8-171.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres: Äußerer Gehörgang |
| 8-173.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle: Lunge |
| 8-179.x | (Datenschutz) | Andere therapeutische Spülungen: Sonstige |
| 8-191.6 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Okklusivverband mit Sauerstofftherapie |
| 8-191.x | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige |
| 8-192.1a | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Brustwand und Rücken |
| 8-192.1d | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Gesäß |
| 8-192.2b | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Bauchregion |
| 8-500 | (Datenschutz) | Tamponade einer Nasenblutung |
| 8-528.7 | (Datenschutz) | Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die Brachytherapie |
| 8-542.13 | (Datenschutz) | Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente |
| 8-542.14 | (Datenschutz) | Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 4 oder mehr Medikamente |
| 8-542.22 | (Datenschutz) | Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-543.22 | (Datenschutz) | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente |
| 8-543.33 | (Datenschutz) | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente |
| 8-543.51 | (Datenschutz) | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament |
| 8-543.52 | (Datenschutz) | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 2 Medikamente |
| 8-712.1 | (Datenschutz) | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System] |
| 8-716.01 | (Datenschutz) | Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Invasive häusliche Beatmung nach erfolgloser Beatmungsentwöhnung |
| 8-716.02 | (Datenschutz) | Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Invasive häusliche Beatmung als elektive Maßnahme oder ohne Beatmungsentwöhnungsversuch |
| 8-718.1 | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage |
| 8-718.5 | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage |
| 8-771 | (Datenschutz) | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-800.f0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat |
| 8-800.f1 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate |
| 8-800.g0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat |
| 8-800.g1 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate |
| 8-812.0a | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral: 7.200 mg bis unter 8.400 mg |
| 8-812.0d | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral: 10.800 mg bis unter 13.200 mg |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-836.78 | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Andere Gefäße thorakal |
| 8-854.2 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation |
| 8-932 | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes |
| 8-98g.02 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 8-98g.04 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage |
| 8-98g.11 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 8-98g.13 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |
| 9-320 | (Datenschutz) | Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens |
| 9-401.02 | (Datenschutz) | Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 4 Stunden |
| 9-401.30 | (Datenschutz) | Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden |
| 9-401.31 | (Datenschutz) | Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden |

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin
www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).