



Strukturierter Qualitätsbericht 2023

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

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	4
	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung	33
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	34
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	36
B-[1500]	Allgemeine Chirurgie	36
B-[0900]	Rheumatologie	50
B-[3753]	Schmerztherapie	62
B-[2400]	Frauenheilkunde	75
B-[3100]	Psychosomatik/Psychotherapie	90
B-[2800]	Neurologie	102
B-[1800]	Gefäßchirurgie	116
B-[3600]	Intensivmedizin	130
B-[2300]	Orthopädie und Unfallchirurgie	146
B-[0100]	Innere Medizin	162

C	Qualitätssicherung	176
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	176
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	256
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	256
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	257
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	257
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	257
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	257
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	258
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	261
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	265

Vorwort

Vorwort

Liebe Patientinnen und Patienten,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,
mit dem strukturierten Qualitätsbericht für das Jahr 2023 möchten wir Ihnen unsere Fachabteilungen mit dem jeweiligen Leistungsspektrum und den aktuellen innovativen Behandlungsmethoden vorstellen.

Die Knappschaftsklinikum Saar GmbH verfügt über zwei Kliniken mit den Standorten Püttlingen und Sulzbach, die beide Netzkrankenhäuser des integrierten Versorgungsnetzes PROSPER sind.

Alleiniger Gesellschafter ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Als Schwerpunktkrankenhaus und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes verfügt das Krankenhaus Püttlingen über 430 Betten und 11 medizinische Fachabteilungen. 2023 wurden ca. 13.723 stationäre Behandlungsfälle und mehr als 52.816 ambulante Patientenkontakte registriert.

Aus der Notversorgung für Bergleute entstanden, haben wir uns durch Spezialisierung in verschiedenen Fachbereichen zu einem modernen und zukunftsorientierten Gesundheitsunternehmen entwickelt. Insbesondere das Brustzentrum, Darmzentrum, Gefäßzentrum, Traumazentrum, Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung und die Stroke Unit garantieren durch kontinuierliche Rezertifizierungen durch die medizinischen Fachgesellschaften eine hohe fachliche Kompetenz und eine ständige Verbesserung der interdisziplinären Versorgung.

Unserem Selbstverständnis folgend, den Patienten in den Mittelpunkt unseres Handelns zu stellen, erfolgt die Betreuung der uns anvertrauten Menschen durch ein hochqualifiziertes und motiviertes Behandlungsteam aus Mitarbeitern aller Fach- und Berufsgruppen. Unterstützt werden sie durch eine diagnostische und therapeutische Ausstattung, die sich an dem neuesten Standard der Forschung und Technik orientiert.

Die hohe Qualität unserer Leistungen und Prozesse sowie deren kontinuierliche Verbesserung sind uns wichtig. Dazu ist in der Knappschaftsklinikum Saar GmbH ein Qualitätsmanagementsystem implementiert, welches unter anderem die kontinuierlichen Rezertifizierungen nach KTQ® ermöglicht. Einen Qualitätsvergleich mit anderen Institutionen ermöglichen die Auswertungen der externen vergleichenden Qualitätssicherung.

Wir suchen den Dialog mit unseren Patienten, deren Angehörigen und allen Partnern im Gesundheitswesen. Hierzu tragen insbesondere die Vortragsreihen für Patienten, die regelmäßigen Kurse unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und weitere Informationsveranstaltungen bei.

Wir hoffen, Ihr Interesse und Ihr Vertrauen in unsere Klinik geweckt zu haben. Weitere Informationen können Sie gerne im

Internet unter www.kksaar.de abrufen.

Ihre Geschäftsführung

Einleitung

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Leitung Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name

Anna Strenz

Telefon	06898 553208 3580
E-Mail	anna-maria.strenz@kksaar.de
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Mario Schüller
Telefon	06898 55 3281
E-Mail	verwaltung.puettingen@kksaar.de

Links

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Knappschaftsklinikum Saar GmbH, Krankenhaus Püttlingen
PLZ	66346
Ort	Püttlingen
Straße	In der Humes
Hausnummer	35
IK-Nummer	261000466
Standort-Nummer	772950000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	06898
Telefon	550
E-Mail	verwaltung.puettingen@kksaar.de
Krankenhaus-URL	https://kksaar.de/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Marc Detzler
Telefon	06898 55 3608
Fax	06898 55 2454

E-Mail	pflagedirektion@kksaar.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Mario Schüller
Telefon	06898 55 3281
Fax	06898 55 2459
E-Mail	verwaltung.puettingen@kksaar.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. Marion Bolte
Telefon	06898 55 3214
Fax	06898 55 2024
E-Mail	anaesthesie.puettingen@kksaar.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	Institutionskennzeichen
1	261000466

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Knappschaftsklinikum Saar GmbH (KBS)
Träger-Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

Name der Universität

Universität des Saarlandes, Homburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <i>Verwendung ätherische Öle z.B. bei Schlafproblemen</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	<i>Fachvorträge, Themen und aktuelle Termine finden Sie auf unserer Homepage https://www.kksaar.de/ Zudem stehen Marcumar-Schulungen und ein Sozialdienst zur Verfügung.</i>
3	MP06 - Basale Stimulation <i>In allen stationären Bereichen wird die basale Stimulation durch das Krankenpflegepersonal mit entsprechender Weiterbildung angewandt.</i>
4	MP04 - Atemgymnastik/-therapie <i>Physiotherapeutisches Leistungsangebot</i>
5	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik <i>Physiotherapeutisches Leistungsangebot</i>
6	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Alle beteiligten Berufsgruppen respektieren die besonderen Bedürfnisse und Wünsche des sterbenden Patienten. Religiöse und spirituelle Besonderheiten werden beachtet. Angehörige werden angemessen auf die Situation vorbereitet und in den Verlauf einbezogen.</i>
7	MP24 - Manuelle Lymphdrainage <i>Speziell geschulte Mitarbeiter der Physikalischen Therapie führen diese Therapieform durch.</i>
8	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie <i>Diese Therapieformen werden in der Klinik für Psychosomatik angeboten.</i>
9	MP27 - Musiktherapie <i>Nonverbale Therapien in Form von Musik- und Kunsttherapien werden durch die Klinik für Psychosomatik durchgeführt.</i>
10	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Ein präventives Beckenbodentraining wird angeboten.</i>
11	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen und Krankheitsbildern werden regelmäßig durchgeführt. Im Rahmen der monatlichen Vortragsreihe "Gesundheit erleben" werden interessante Gesundheitsaspekte durch unsere Chefarzte vertieft. Es werden Gefäß- und Demenztage durchgeführt.</i>
12	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie <i>- Autogenes Training - Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen - Imagination - Yoga - Meditation - Qi Gong</i>
13	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen <i>Physiotherapeutisches Leistungsangebot</i>
14	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Menschen mit Sprach- und Schluckstörungen werden durch Logopäden betreut.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
15	<p>MP02 - Akupunktur</p> <p>Eine Ohrakupunktur erfolgt nach ärztlicher Anordnung durch eine speziell ausgebildete Mitarbeiterin.</p>
16	<p>MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen</p> <p>Folgende Anleitungen/Beratungen werden angeboten: Diabetes- und Ernährungs-, Stoma- und Marcumarschulungen, Schulung zur Selbstinjektion und zum Umgang mit Ernährungssonden, Anleitung von Angehörigen im Umgang mit Pflegebedürftigen, Kurse zur Brustuntersuchung, Onko-Cafe für Onkologische Pat.</p>
17	<p>MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie</p> <p>Sporttherapien werden durch die Klinik für Psychosomatik durchgeführt.</p>
18	<p>MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot</p> <p>Individuelle Pflegeanamnese, regelmäßige Überprüfung der Pflegedokumentation, Entlassungsgespräche, multiprofessionelle Fallbesprechungen; Einsatz speziell ausgebildeter Pflegeexpertinnen (Breast-Care-Nurse, Onkologische Fachschwestern).</p>
19	<p>MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse</p> <p>Präventionsmaßnahmen erfolgen im Rahmen der Sturz-, Dekubitus-, Pneumonie- und Thromboseprophylaxe</p>
20	<p>MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p>Unser Sozialdienst unterstützt Patienten bei der Unterbringung in stationäre und teilstationäre Einrichtungen und bietet Beratung und Hilfe bei der Organisation einer nachstationären Versorgung.</p>
21	<p>MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen</p> <p>konsiliarisch können die Ernährungsberaterin und die Diabetesberaterin angefordert werden.</p>
22	<p>MP63 - Sozialdienst</p> <p>Der Sozialdienst ergänzt die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus. Er bietet professionelle Hilfen für Patienten und deren Angehörige insbesondere bei persönlichen und sozialen Problemen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung und deren Auswirkungen stehen.</p>
23	<p>MP45 - Stomatherapie/-beratung</p> <p>Die Stomatherapie umfasst die Beratung und Betreuung von Betroffenen mit Stomaanlagen des Dün- und Dickdarms und auch der Wundversorgung durch unseren Kooperationspartner.</p>
24	<p>MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst</p> <p>Angebot durch die Klinik für Psychosomatik und durch einen Psychoonkologen</p>
25	<p>MP37 - Schmerztherapie/-management</p> <p>In allen Abteilungen werden Standards zur medikamentösen postoperativen Schmerztherapie u. das WHO Stufenschema (Basis Schmerztherapie) angewandt. Ausgebildete Painnurse sind vorhanden. Ebenso kommen weitere regionalanästhetische Katheterverfahren u. eine Hauptabteilung Schmerzklinik zum Einsatz</p>
26	<p>MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p> <p>Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in Kooperation mit ortsansässigen Spezialisten (Orthopädietechniker).</p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
27	<i>Fallmanagement findet unter Berücksichtigung klinischer Behandlungspfade und durch die Mitarbeiter des Medizincontrollings statt.</i>
	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
28	<i>Die physikalische Therapie fasst medizinische Behandlungsformen zusammen, die auf physikalische Methoden wie Wärme, Massage, Elektrotherapie sowie Hydrotherapie beruhen. Diese Methoden werden von unseren Physiotherapeuten, Masseuren und medizinischen Bademeistern angewandt.</i>
	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
29	<i>Physiotherapeutisches Leistungsangebot</i>
	MP21 - Kinästhetik
30	<i>Ziel der Kinästhetik ist, die Bewegung von Menschen zu erleichtern, Ressourcen zu erkennen und damit die Gesundheit zu fördern und Patienten in ihrer Selbständigkeit zu unterstützen. Speziell geschulte Mitarbeiter der Pflege bieten dieses Konzept an.</i>
	MP25 - Massage
31	<i>sowie manuelle Therapien und die Faszientherapie sind Leistungsangebote der Physikalischen Therapie.</i>
	MP51 - Wundmanagement
32	<i>Es werden ausgebildete Wundmanager vorgehalten.</i>
	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
33	<i>Die Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden über den Sozialdienst hergestellt. Wir arbeiten mit allen ortsansässigen und regionalen Selbsthilfegruppen zusammen. Zertifiziertes Selbsthilfefreundliches Krankenhaus</i>
	MP53 - Aromapflege/-therapie
34	<i>Verwendung von ätherischen Ölen z.B. bei Schlafproblemen.</i>
	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
35	<i>Eine Bobath-Therapie für Erwachsene erfolgt durch speziell geschulte Mitarbeiter der Physikalischen Therapie und der Neurologie. Zudem wird eine Lagerung in Neutralstellung (LIN) angeboten.</i>
	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
36	<i>Ein Ernährungsteam bestehend aus zwei Ernährungsmedizinern und einer Ernährungsberaterin kümmert sich individuell um Patienten mit Mangelernährung.</i>
	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
37	<i>Der Expertenstandard Entlassmanagement wird umgesetzt. Der Sozialdienst berät Patienten und Angehörige über weitere Hilfen in Form von pflegerischer Unterstützung oder einer Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Eine Übergangspflege ist etabliert.</i>
	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
38	<i>Das Team der Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
39	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung <i>erfolgt im Rahmen der stufenweise Wiedereingliederung.</i>
40	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
41	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
42	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
43	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Angebot u.a. durch die Klinik für Psychosomatik und durch einen Psychoonkologen</i>
44	MP01 - Akupressur <i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i>
45	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
46	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Premiumstation vorhanden, eingestreute Wahlleistungszimmer (Komfortzimmer) in den Abteilungen etabliert</i>
3	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Vegetarische, vegane und glutenfreie Kost auf Wunsch verfügbar. Diätberatung im Haus verfügbar.</i>
4	NM02: Ein-Bett-Zimmer <i>Premiumstation vorhanden, eingestreute Wahlleistungszimmer (Komfortzimmer) in den Abteilungen etabliert</i>
5	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Informationen über aktuelle Termine finden Sie auf unserer Homepage www.kksaar.de</i>
6	NM40: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Unsere ehrenamtlich tätigen Damen der "Ökumenischen Krankenhaushilfe" helfen bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten und stehen zu einem vertraulichen Gespräch gerne zur Verfügung.</i>
7	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Römisch-katholisch und evangelisch. Auf Wunsch wird der Kontakt zur Heimatpfarrgemeinde hergestellt.</i>
8	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Unterhaltungs- und Entertainment Paket (Telefon, WLAN, Fernseher) vorhanden, kann optional dazu gebucht werden. Kosten je 4 Euro am Tag Spa-Paket vorhanden, kann optional dazu gebucht werden. Kosten 4,70 Euro am Tag Genuss-Paket vorhanden, kann optional dazu gebucht werden. Kosten 34,50 Euro am Tag</i>

#	Leistungsangebot
9	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Nach Rücksprache und Zahlung einer Übernachtungspauschale möglich. Organisation über Bettenmanagement.</i>
10	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Die Kliniken arbeiten mit Selbsthilfegruppen eng zusammen. Entsprechendes Informationsmaterial liegt auf allen Stationen aus. Der Standort ist als Selbsthilfefreundliches Krankenhaus zertifiziert.</i>
11	NM68: Abschiedsraum <i>Der Abschiedsraum als Ort der Stille und der Verabschiedung steht allen Angehörigen rund um die Uhr zur Verfügung</i>
12	NM10: Zwei-Bett-Zimmer

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsrat, Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung
Titel, Vorname, Name	Gerd Weyland
Telefon	06898 55 3131
Fax	06898 55 2482
E-Mail	Gerd.veyland@kksaar.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Für übergewichtige Patienten werden besondere Betten und Rollstühle vorgehalten.</i>
2	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>CT- Untersuchungen für Patienten mit Körpergewicht bis 220 kg möglich.</i>
3	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen <i>Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen ist gewährleistet.</i>
4	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>Diese befinden sich im Erdgeschoss und in der Cafeteria.</i>
5	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen <i>Karten mit Piktogrammen und Übersetzungstafeln erleichtern die Verständigung mit ausländischen Patienten.</i>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
6	<i>Fremdsprachiges Personal ist aus einer Dolmetscherliste ersichtlich, die den Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung steht. Mehrsprachige Aufklärungsbogen werden genutzt.</i>
	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
7	<i>Es stehen gerontopsychiatrisch weitergebildete Pfleger zur Verfügung sowie weitergebildete Pflegekräfte für den Bereich Geriatrie</i>
	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
8	<i>stehen zur Verfügung</i>
	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
9	<i>OP-Tische/Schwerlasttische stehen zur Verfügung (belastbar bis 350 kg).</i>
	BF24 - Diätetische Angebote
10	<i>Bei Problemen mit der Ernährung und nach Verordnung von Sonderkost wird das Ernährungsteam hinzugezogen. Für Patienten mit Diabetes steht speziell eine Diabetesberaterin zur Verfügung.</i>
	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
11	<i>Für Übergewichtige werden z.B. besondere Blutdruckmanschetten und Körperwaagen vorgehalten.</i>
	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
12	<i>Alle Patientenzimmer sind mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche ausgestattet. Zusätzlich werden für Besucher behindertengerechte Toiletten vorgehalten.</i>
	BF21 - Hilfsmittel zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
13	<i>Es wird eine mobile Verstärkung für die Toilette und Patientenlifter vorgehalten.</i>
14	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
	BF25 - Dolmetscherdienst
15	<i>Eine Liste mit abrufbaren Dolmetschern für unterschiedlichste Sprachen liegt vor.</i>
	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
16	<i>Andachtsraum</i>
	BF30 - Mehrsprachige Internetseite
17	<i>Internetseite abrufbar in folgenden Sprachen: deutsch, arabisch, englisch, französisch, niederländisch, türkisch</i>
18	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
	BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
19	<i>Internetseite in leichter Sprache abrufbar</i>
20	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

#	Aspekte der Barrierefreiheit
21	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
22	BF39 - Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses
23	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Das Krankenhaus Püttlingen ist akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes und bildet in diesem Rahmen Studenten im praktischen Jahr aus (Famulatur/PJ).</i>
2	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>Teilnahme an Beobachtungs- und Registerstudien in der Rheumatologie</i>
3	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
5	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Lehrtätigkeit Ärztekammer des Saarlandes in der Weiterbildung Palliativmedizin; Lehrtätigkeit an der Katharina Kasper Akademie Dernbach in der Weiterbildung Palliativmedizin</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Weiterbildungen: Rheumatologischen Fachassistenz</i>
2	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
3	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
4	HB13 - Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) <i>Gefäßassistent, praktische Ausbildung</i>
5	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>Praktische Ausbildung</i>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	430
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	13879
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	52816
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				119,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	119,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	11	Stationär	108,3

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	6	Stationär	60

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				10,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	10

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt				288,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	287,6	Ohne	1,2
Versorgungsform	Ambulant	13,5	Stationär	275,3

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				13,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,2

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

Gesamt				3,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,8	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,9

Ohne Fachabteilungszuordnung

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				35,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	34,6	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	35,2

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

Pflegfachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	6,3

Ohne Fachabteilungszuordnung

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				14,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,8	Stationär	13,3

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,6

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

Gesamt				22,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,8

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				14,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,5

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

Gesamt				11,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	10,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				64,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	64,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	8,1	Stationär	56,8

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				25,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,9	Stationär	24

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				3,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	2,9

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	1,9

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

Gesamt				1,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,6

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

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

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				3,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,6

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				6,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	6,4

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

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

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

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

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				2,8
--------	--	--	--	-----

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	2,7

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				14,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	14

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				4,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	3,7

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	1,9

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				3,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,5

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				8,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,3

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				5,5
--------	--	--	--	-----

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

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

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

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				3,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,4

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

Gesamt				12,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,1	Stationär	10,3

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

Gesamt				14,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,5	Stationär	9,9

SP58 - Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	1,9

SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

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

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				12,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,3

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				24,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	24,9

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**A-12.1 Qualitätsmanagement****A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Anna Strenz
Telefon	06898 55 3208
E-Mail	anna-maria.strenz@kksaar.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium**Lenkungsgremium**

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Eine Arbeitsgruppe ist implementiert. Dieser versteht sich als Bindeglied u. Multiplikator zur Durchdringung des Qualitätsgedankens im gesamten Haus.
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement**A-12.2.1 Verantwortliche Person****Verantwortliche Person**

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Übergreifende QM/RM-Dokumentation ist vorhanden. Die Dokumente haben jeweils einen verschiedenen Stand. Systematische Überprüfung im Rahmen der KTQ-Rezertifizierung im Jahr 2022</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.01.2022</p>
2	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Übergreifende QM/RM-Dokumentation ist vorhanden. Die Dokumente haben jeweils einen verschiedenen Stand. Systematische Überprüfung im Rahmen der KTQ-Rezertifizierung im Jahr 2022</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.01.2022</p>
3	<p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Übergreifende QM/RM-Dokumentation ist vorhanden. Die Dokumente haben jeweils einen verschiedenen Stand. Systematische Überprüfung im Rahmen der KTQ-Rezertifizierung im Jahr 2022</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.01.2022</p>
4	RM03: Mitarbeiterbefragungen
5	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Entlassungsmanagement"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.07.2024</p>
6	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
7	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
8	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
10	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Übergreifende QM/RM-Dokumentation ist vorhanden. Die Dokumente haben jeweils einen verschiedenen Stand. Systematische Überprüfung im Rahmen der KTQ-Rezertifizierung im Jahr 2022</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.01.2022</p>
11	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Fixierung eines Patienten" in den Pflegestandards Version 12 / Mai 2018. Es finden regelmäßige Schulungen statt.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.02.2024</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
12	<p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Die Vollständigkeit notwendiger Befunde wird durch die Verwendung abteilungsspezifischer Checklisten und mittels OP-Checkliste gewährleistet</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.08.2020</p>
13	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Interner Aushang; Reanimationsablauf mit AED-FRED (Ein Helfermode, Zweihelfermode) Interner Aushang: Reanimationsmanagement Ärzte (Erwachsene)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.11.2020</p>
14	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung zur Vermeidung einer Eingriffsverwechslung mit OP-Checkliste: Beinhaltet Regelungen/Dokumentation zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslung. Sichere Patientenidentifikation durch Verwendung von Patientenarmbändern. Die VA Patienten-ID wurde aktualisiert.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 13.02.2023</p>
15	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Der Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Medizinprodukten sowie von Vorkommnissen ist in einer "Geschäftsordnung Medizinproduktegesetz" geregelt.</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.04.2021</p>
16	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Übergreifende QM/RM-Dokumentation ist vorhanden. Die Dokumente haben jeweils einen verschiedenen Stand. Systematische Überprüfung im Rahmen der KTQ-Rezertifizierung im Jahr 2022</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.01.2022</p>
17	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Dekubitusprophylaxe" in den Pflegestandards Version 12 / Mai 2018. Verwendung eines Dekubitus-Erfassungsbogens und jährliche Auswertung (Stand: Mai 2018). Der interne Pflegestandard orientiert sich am Nationalen Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 03.08.2023</p>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Palliativbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf
2	IF01: Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 01.07.2020
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Sicherheits-Checkliste im OP, Patientenidentifikationsarmbänder, Time-out im OP, Präoperative Markierungen des Eingriffsortes, Zählkontrollen im OPRisikogruppenscreening MRE nach Profil, Screening aller Patienten auf MRSA, Checkliste Aufnahmescreening multiresistente Erreger, Dekolonisierung vor elektiven Eingriffen, Risikoeinschätzung für Stürze bei der Aufnahme u. Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, Einsatz eines elektronischen Arzneimittelportals (AID), mobile Notrufsignalgeber

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Es besteht ein Beratungsvertrag mit Prof. Dr. med. Barbara Gärtner, Leitung Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum des Saarlandes. Besprechungen mit der Krankenhaushygienikerin erfolgen im Rahmen der Hygienekommission, eines Jour-Fixe-Termins und bei Bedarf.

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Herr Dr. Schneider (OA Neurologie) und Frau Dr. Frühauf (OÄ Innere Medizin)

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Frau Annette Kelkel Frau Nadine Förster (in Weiterbildung) Herr Karsten Recktenwald

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	28
Erläuterungen	Hygienebeauftragte = Hygienekontaktpersonen. Es finden regelmäßige protokollierte Treffen statt, in denen aktuelle Hygienethemen besprochen werden.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie
Titel, Vorname, Name	Dr. Marion Bolte
Telefon	06898 55 3214
Fax	06898 55 2024

E-Mail

anaesthesie.puettingen@kksaar.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen****Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor**

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie**Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor

Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor**

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion**Allgemeinstationen**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 25

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 81

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)**Umgang mit Patienten mit MRE (1)**

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)</p> <p>Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)</p>
2	<p>HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen</p> <p>Name: Mitglied im MRSAAR-Netzwerk/ Infectio Saar (Netzwerk zur Kontrolle und Prävention von MRSA im Saarland)</p> <p><i>Ziel des Vorhabens zur Einrichtung des MRSAAR-Netzwerkes/ Infectio Saar ist eine Verbesserung der Einführung und Sicherung der MRSA-Prävention und Kontrollstrategien innerhalb des Saarlandes durch einen Austausch von Wissen und Technologie zwischen den Akteuren des saarländischen Gesundheitssystems.</i></p>
3	<p>HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten</p> <p>Frequenz: jährlich</p> <p><i>Die Geräte zur Aufbereitung von Medizinprodukten sind validiert.</i></p>
4	<p>HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen</p>
5	<p>HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen</p> <p>Frequenz: jährlich</p> <p><i>Neue Mitarbeiter werden geschult. Die Hygieneschulungen zu MRSA, MRGN, Noro, Influenza werden jährlich und bei Bedarf durchgeführt. Hygieneschulungen werden berufsgruppenspezifisch durchgeführt: Pflege, Ärzte, Küche, OP, Reinigungspersonal, Technik, Hol- u. Bringendienste, Sozialhelfer usw.</i></p>

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

- ITS-KISS
- OP-KISS
- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- MRSA-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<p>Ja</p> <p>https://www.kksaar.de/ueber-uns/Beschwerdemanagement/ind_ex.php</p>

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Unsere Vorgehensweise zum Beschwerdemanagement ist in einer Verfahrensweisung geregelt. Darin ist die Ablauforganisation (Beschwerdeanimation, -annahme, -bearbeitung und -auswertung) verbindlich festgelegt</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja <i>Geregelt ist, dass jeder Mitarbeiter für die Annahme einer Beschwerde zuständig ist. Mündliche Beschwerden werden von dem angesprochenen Mitarbeiter auf dem dafür vorgesehenen Formular protokolliert und entsprechend der Verfahrensweisung bearbeitet</i>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja <i>Schriftliche Beschwerden werden an die betroffene Abteilung weitergeleitet und um eine schriftliche Stellungnahme gebeten. Entsprechende Maßnahmen (Klärung des Problems, Gespräche mit betroffenen Mitarbeitern, Korrekturmaßnahmen, etc.) werden in Abstimmung mit dem Dienstvorgesetzten eingeleitet. Zudem können Anregungen auf dem Bogen "Ihre Meinung ist uns wichtig" notiert werden</i>
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja <i>Mündliche Beschwerden werden nach Dringlichkeit sofort bearbeitet oder eine Schnittstelle zum Fachbereich gebildet; um schnellstmögliche Abhilfe für den Beschwerdeführer zu ermöglichen. Eine Beantwortung erfolgt (nach akribischer Recherche oder a.s.a.p.), da diese teilweise von den Stellungnahmen der Fachbereiche abhängig ist.</i>
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>In der Verfahrensweisung sind die Ansprechpartner benannt und deren Aufgaben beschrieben.</i>
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Weiterer Ansprechpartner für die Patienten ist der Patientenfürsprecher mit Sprechstunde nach Vereinbarung. Stationäre Patienten erhalten bei der Aufnahme ein Informationsblatt auf dem dessen Sprechzeiten angegeben sind und ein Merkblatt für Anregungen, Bitten und Beschwerden. Ein Briefkasten für Mitteilungen an den Patientenfürsprecher befindet sich in der Eingangshalle.</i>
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <i>Anonyme Beschwerden werden auf Wunsch des Beschwerdeführers vom annehmenden Mitarbeiter oder der Meinungs-/Beschwerdemanagerin entsprechend berücksichtigt. Zudem sind anonyme Meinungen über die im Haus zentral ausliegenden Meinungsbögen möglich.</i>

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
9	Patientenbefragungen	Ja <i>Es wird eine kontinuierliche (d.h. zeitlich unbefristete) Patientenbefragung durchgeführt. Jeder stationär aufgenommene Patient erhält dazu den Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig". Ergänzend befragen wir auch alle Patienten der Organzentren.</i>
10	Einweiserbefragungen	Ja <i>Die letzte Befragung der Zuweiser und Nicht-Zuweiser wurde intern, ohne externe Unterstützung, im Oktober/November 2022 durchgeführt.</i>

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Mario Schüller
Telefon	06898 55 3281
Fax	06898 55 2459
E-Mail	verwaltung.puettingen@kksaar.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Meinungs-/Beschwerdemanagerin
Titel, Vorname, Name	Ellen Braun
Telefon	06897 574 8551
E-Mail	ellen.braun@kksaar.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Lothar Feld
Telefon	06806 81263
E-Mail	lothar.feld@t-online.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**Verantwortliches Gremium**

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung der Apotheke
Titel, Vorname, Name	Anja Paul
Telefon	06898 553311
Fax	06898 552275
E-Mail	anja.paul@kksaar.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	6

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
3	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
4	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
5	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
7	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
8	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
9	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: Rekonstruktionen auf Station erfolgen durch Pflegepersonal unter Beachtung der Fachinformationen und hausinternen Hygieneanweisungen. Patientenindividuelle Parenteralia (Chemotherapie, Augenspritzen) werden durch pharmazeutisches Personal hergestellt. Fertigarzneimittel werden vor Ort applikationsfertig gemacht (bei i.v. Gabe Zugabe des Lösungsmittels oder Überführung in Trägerlösung). Zugang zu Fachinformationen von jedem PC aus möglich

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

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): Bestellung über MobiDik, Abgabe an Station erfolgt mit elektronischer Unterstützung, die Abgabe an den Patienten nicht. Eine Überprüfung ausgewählter Antibiotika erfolgt durch die Apotheke.

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Kennzeichnungen bei Look-Alike Medikamenten, Pharmazeutische Visiten Geriatrie, neurologische Frühreha, Angiologie, Infektiologie Püttlingen, CIRS Meldesystem

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: Entlassbrief, Medikationsplan, Entlassrezept oder Mitgabe für Wochenende oder Feiertage, Bundesmedikationsplan

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	Eine externe Ombudsperson ist benannt, die als Ansprechpartner für Missachtung von Berufspflichten oder der Begehung von Straftaten zur Verfügung steht.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
2	SK03: Aufklärung
3	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
4	SK07: Sonstiges (Prävention)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>

#	Gerätenummer	24h verfügbar
3	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder</i>
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i>
5	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i>
6	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i>
7	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
8	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i>
9	AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Ja
10	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jochen Schuld
Telefon	06898 55 3013
Fax	06898 552291
E-Mail	chirurgie.puettingen@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC21 - Endokrine Chirurgie <i>Allgemeinchirurgie Chirurgie der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere</i>
2	VC62 - Portimplantation
3	VR02 - Native Sonographie <i>Abdominalchirurgie</i>
4	VC24 - Tumorchirurgie <i>Viszeralchirurgie</i>
5	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Therapie gut- und bösartiger Erkrankungen, keine Pankreaschirurgie</i>
6	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
7	VX00 - („Sonstiges“) <i>interdisziplinäre Fallbesprechung</i>
8	VC00 - („Sonstiges“) <i>incl. Ernährungstherapie und interdisziplinäres Tumorboard</i>
9	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie <i>Therapie gut- und bösartiger Erkrankungen</i>
10	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	VC25 - Transplantationschirurgie
12	VC60 - Adipositaschirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VC00 - („Sonstiges“) MVZ Knappschaftskliniken Süd
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
14	Allgemeine Chirurgie Minimal-invasive laparoskopische Operationen des Bauchraumes-, der Bauchwand und der Leistenbrüche
15	VP14 - Psychoonkologie
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
16	Thoraxchirurgie Operationen bei übermäßigem Schwitzen (Hyperhidrose)

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

Vollstationäre Fallzahl	1380
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	117
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	112
3	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	106
4	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	61
5	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	59
6	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	55
7	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	50
8	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	49

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	K59.00	Obstipation bei Kolontransitstörung	48
10	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	36
11	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	30
12	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	30
13	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	27
14	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	24
15	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	18
16	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	18
17	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	16
18	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	16
19	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	15
20	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	15
21	K81.0	Akute Cholezystitis	14
22	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	13
23	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	13
24	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	12
25	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	12
26	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	12
27	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	10
28	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	8
29	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	8
30	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	8

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	281
2	K80	Cholelithiasis	233
3	K57	Divertikulose des Darmes	114
4	K43	Hernia ventralis	92
5	K35	Akute Appendizitis	82
6	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	70
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	62
8	K42	Hernia umbilicalis	51
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	46
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	36
11	K81	Cholezystitis	20
12	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	18
13	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	17
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	13
15	K44	Hernia diaphragmatica	12
16	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
17	C16	Bösartige Neubildung des Magens	9
18	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	9
19	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	7
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	7
21	L03	Phlegmone	7
22	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	7
23	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	6
24	K85	Akute Pankreatitis	6
25	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	5
26	C17	Bösartige Neubildung des Dünndarmes	5
27	K25	Ulcus ventriculi	5

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	L05	Pilonidalzyste	4
29	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	4
30	A46	Erysipel [Wundrose]	4

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	366
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	265
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	223
4	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	130
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	106
6	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	90
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	90
8	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	83
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	77
10	5-932.15	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 300 cm ² bis unter 400 cm ²	76
11	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	75
12	8-900	Intravenöse Anästhesie	75
13	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	62

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	61
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	54
16	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Laparoskopisch	47
17	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	47
18	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	39
19	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	38
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	33
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	33
22	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	32
23	5-932.45	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 300 cm ² bis unter 400 cm ²	31
24	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	30
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	29
26	5-932.12	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	29
27	5-932.41	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	28
28	5-455.75	Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	26
29	3-200	Native Computertomographie des Schädels	24
30	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	23

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	417
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	366
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	295
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	265
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	254
6	5-511	Cholezystektomie	230
7	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	121
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	106
9	5-469	Andere Operationen am Darm	105
10	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	87
11	5-470	Appendektomie	78
12	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	78
13	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	78
14	8-900	Intravenöse Anästhesie	75
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	67
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	54
17	5-916	Temporäre Weichteildeckung	49
18	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	39
19	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	35
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	33
21	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	31
22	1-654	Diagnostische Rektoskopie	30
23	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	26
24	1-650	Diagnostische Koloskopie	25
25	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	24

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	3-200	Native Computertomographie des Schädels	24
27	8-190	Spezielle Verbandstechniken	22
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	21
29	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	21
30	5-454	Resektion des Dünndarmes	20

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	<i>Gesamtes Leistungsspektrum der Fachabteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Gesamtes Leistungsspektrum der Allgemein- und Viszeralchirurgie</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VC21 - Endokrine Chirurgie
2	AM08	VC21 - Endokrine Chirurgie
3	AM08	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
4	AM07	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	71
2	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	38
3	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	20
4	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	11
5	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	11
6	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	8
7	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	7
8	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	6
9	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
10	5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
11	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
12	5-534.01	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste	< 4
13	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	< 4
14	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	< 4
15	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss	< 4
17	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	< 4
18	1-586.6	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal	< 4
19	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
20	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	134
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	18
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	17
4	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	11
5	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
6	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
7	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
8	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
9	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	11,2	Fälle je VK/Person	126,605507
Beschäftigungsverhältnis	Mit 11,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,3	Stationär	10,9

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7,7	Fälle je VK/Person	184
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,2	Stationär	7,5

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt	19,7	Fälle je VK/Person	75
Beschäftigungsverhältnis	Mit 19,5	Ohne	0,2

Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	18,4
-----------------	-----------------	-----	------------------	------

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	1533,33337
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,9

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	6900
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,2

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	1971,42859
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,7

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

Gesamt		3,4	Fälle je VK/Person	445,1613
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	3,1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1533,33337
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,9

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

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ13 - Hygienefachkraft
6	PQ02 - Diplom
7	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
8	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP19 - Sturzmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP20 - Palliative Care
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP01 - Basale Stimulation
8	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP02 - Bobath
11	ZP15 - Stomamanagement

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

B-[0900] Rheumatologie**B-[0900].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Rheumatologie

B-[0900].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0900 - Rheumatologie

B-[0900].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Ulrich Prothmann
Telefon	06898 552302
Fax	06898 552661
E-Mail	rheumatologie@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

B-[0900].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[0900].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI27 - Spezialsprechstunde <i>Früharthritis, Notfallsprechstunde</i>
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
2	<i>Rheumatoide Arthritis, Spondyloarthritis, Arthritis psoriatica, Kollagenosen, Vasculitiden, Polymyalgia rheumatica, Kristallarthropathien, Osteoporose., Fibromyalgie, Autoinflammation</i>
3	VX00 - („Sonstiges“)

B-[0900].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1484
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0900].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	315
2	M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	249
3	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	113
4	L40.5	Psoriasis-Arthropathie	94
5	M35.3	Polymyalgia rheumatica	83
6	M45.00	Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	58
7	M13.80	Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Mehrere Lokalisationen	48
8	M46.99	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	39
9	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	32
10	M10.00	Idiopathische Gicht: Mehrere Lokalisationen	23

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
11	M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	20
12	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	19
13	M31.3	Wegener-Granulomatose	16
14	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	16
15	M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	15
16	M34.1	CR(E)ST-Syndrom	13
17	M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet	11
18	M35.9	Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet	11
19	M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]	11
20	M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	10
21	M34.0	Progressive systemische Sklerose	8
22	M54.5	Kreuzschmerz	8
23	M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen	8
24	M02.80	Sonstige reaktive Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	8
25	L93.0	Diskoider Lupus erythematodes	7
26	D84.8	Sonstige näher bezeichnete Immundefekte	7
27	I73.0	Raynaud-Syndrom	7
28	M06.90	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	7
29	M15.8	Sonstige Polyarthrose	6
30	D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	6

B-[0900].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	329
2	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	252
3	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	143

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	119
5	L40	Psoriasis	95
6	M45	Spondylitis ankylosans	58
7	M13	Sonstige Arthritis	49
8	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	41
9	M34	Systemische Sklerose	35
10	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	35
11	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	32
12	M10	Gicht	28
13	F45	Somatoforme Störungen	20
14	M32	Systemischer Lupus erythematoses	17
15	M54	Rückenschmerzen	13
16	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	11
17	M15	Polyarthrose	11
18	M02	Reaktive Arthritiden	10
19	D86	Sarkoidose	10
20	L93	Lupus erythematoses	9
21	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	8
22	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	8
23	D84	Sonstige Immundefekte	7
24	M48	Sonstige Spondylopathien	6
25	M33	Dermatomyositis-Polymyositis	5
26	M30	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	5
27	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	5
28	M08	Juvenile Arthritis	4
29	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	4
30	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	4

B-[0900].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[0900].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	423
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	370
3	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	349
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	343
5	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	245
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	211
7	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	205
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	202
9	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	154
10	1-206	Neurographie	154
11	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	149
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	146
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	127
14	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	118
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	115
16	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	84
17	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	70
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	69
19	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	66
20	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	65

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	51
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	44
23	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	43
24	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	38
25	6-001.d2	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 40 mg bis unter 80 mg	37
26	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	35
27	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	34
28	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	33
29	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	32
30	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	30

B-[0900].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-547	Andere Immuntherapie	423
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	370
3	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	349
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	343
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	279
6	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	245
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	213
8	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	205
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	202
10	8-020	Therapeutische Injektion	160
11	1-650	Diagnostische Koloskopie	158
12	1-206	Neurographie	154

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
13	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	150
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	146
15	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	118
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	115
17	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	73
18	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	72
19	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	68
20	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	65
21	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	46
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	44
23	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	43
24	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	38
25	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	38
26	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	34
27	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	32
28	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	30
29	3-200	Native Computertomographie des Schädels	29
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	27

B-[0900].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0900].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsambulanz <i>Durchf. der Arthrosonogr. an Gelenken/ Muskeln, Gabe von Depot-Corticosteroid-Präparaten in Gelenke die aus diagnostischen Gründen punktiert werden müssen, Rezeptur aller im ambulanten Bereich zugelassenen Biologicals, ambulanten Infusion von diesen Präparaten. Knochendichtemessung</i>
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz <i>Gesamtes Leistungsspektrum der Fachabteilung Rheumatologie.</i>
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>MVZ Knappschaftskliniken Süd, weitere Informationen finden Sie unter: https://mvz.kksaar.de/Rheumatologische_Praxis/index.php</i>

B-[0900].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ermächtigungsambulanz	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
2	Privatambulanz	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

B-[0900].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0900].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[0900].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0900].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0900].11 Personelle Ausstattung

B-[0900].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	6,3	Fälle je VK/Person	645,2174
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 4	Stationär	2,3

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,6	Fälle je VK/Person	1141,53845
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 2,3	Stationär	1,3

B-[0900].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie
3	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin

B-[0900].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
2	ZF44 - Sportmedizin
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF02 - Akupunktur
5	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
6	ZF21 - Kinder-Rheumatologie (MWBO 2003)

B-[0900].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt		17,5	Fälle je VK/Person	84,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,5

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1484
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	4946,6665
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Pflegfachfrau/Pflegfachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	4946,6665
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	14840
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

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

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	1648,88892
--------	--	-----	-----------------------	------------

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,1	Fälle je VK/Person	322,6087
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	4,6

B-[0900].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ02 - Diplom
5	PQ12 - Notfallpflege

B-[0900].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP19 - Sturzmanagement
5	ZP18 - Dekubitusmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP01 - Basale Stimulation
8	ZP02 - Bobath
9	ZP20 - Palliative Care
10	ZP15 - Stomamanagement

**B-[0900].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Schmerztherapie

B-[3753].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3753 - Schmerztherapie

B-[3753].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Gerhard Deynet
Telefon	06898 552047
Fax	06898 552016
E-Mail	schmerztherapie@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“) <i>Neurostimulation</i>
2	VX00 - („Sonstiges“)
3	VX00 - („Sonstiges“) <i>in eigenem Eingriffsraum</i>
4	VX00 - („Sonstiges“) <i>Neuromodulation</i>
5	VX00 - („Sonstiges“) <i>diagnostische Ausschaltung der Schmerzleitung</i>
6	VX00 - („Sonstiges“) <i>Ändern der Schmerzleitung ohne Zerstörung von Nerven u. Gewebe</i>
7	VX00 - („Sonstiges“) <i>Neurostimulation, Neurodestruktion</i>
8	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
9	VX00 - („Sonstiges“) <i>Auffüllung und Programmierung von Medikamentenpumpen.</i>
10	VC58 - Spezialsprechstunde <i>für Kopf-, Rücken-, Tumor- und neuropathischen Schmerz</i>
11	VX00 - („Sonstiges“) <i>Katheterverfahren, Diskographie, Epiduroskopie</i>
12	VX00 - („Sonstiges“) <i>Schmerzanamnese, -analyse</i>
13	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerz Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VX00 - („Sonstiges“) <i>Nachsorge und Programmierung von Neurostimulatoren</i>
15	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>Minimalinvasive endoskopische Operationen am Wirbelkanal</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	372
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3753].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M47.20	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	95
2	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	61
3	G54.4	Läsionen der Lumbosakralwurzeln, anderenorts nicht klassifiziert	33
4	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	23
5	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	21
6	M79.65	Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	16
7	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	11
8	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	11
9	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	10
10	M15.9	Polyarthrose, nicht näher bezeichnet	9
11	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	8
12	M79.66	Schmerzen in den Extremitäten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
13	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	5
14	M35.3	Polymyalgia rheumatica	4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
15	M79.10	Myalgie: Mehrere Lokalisationen	4
16	M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich	< 4
17	M79.67	Schmerzen in den Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
18	G58.0	Interkostalneuropathie	< 4
19	B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	< 4
20	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	< 4
21	G57.5	Tarsaltunnel-Syndrom	< 4
22	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	< 4
23	T85.81	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem	< 4
24	M48.26	Baastrup-Syndrom: Lumbalbereich	< 4
25	R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	< 4
26	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	< 4
27	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	< 4
29	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	< 4
30	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4

B-[3753].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M47	Spondylose	106
2	F45	Somatoforme Störungen	61
3	G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	36
4	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	28
5	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	23
6	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	M48	Sonstige Spondylopathien	16
8	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	11
9	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	10
10	M15	Polyarthrose	9
11	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	7
12	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	5
13	G58	Sonstige Mononeuropathien	4
14	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	4
15	B02	Zoster [Herpes zoster]	< 4
16	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	< 4
18	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
19	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	< 4
20	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	< 4
21	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
23	M54	Rückenschmerzen	< 4
24	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	< 4
25	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	< 4
26	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
27	G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	< 4
28	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	< 4
29	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	< 4
30	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	< 4

B-[3753].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3753].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-911	Erweiterte apparativ-überwachte interventionelle Schmerzdiagnostik mit standardisierter Erfolgskontrolle	269
2	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	261
3	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	222
4	8-918.02	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	197
5	8-650	Elektrotherapie	160
6	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	102
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	98
8	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	75
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	70
10	8-020.4	Therapeutische Injektion: Bänder, Sehnen oder Bindegewebe	50
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	46
12	8-916.0x	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Sonstige	44
13	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	41
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	36
15	8-914.00	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Halswirbelsäule	34
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	34
17	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	32

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	5-83a.01	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 2 Segmente	32
19	5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente	28
20	8-914.11	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Brustwirbelsäule	22
21	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	21
22	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	16
23	8-914.10	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Halswirbelsäule	14
24	8-913	Injektion eines Medikamentes an extrakranielle Hirnnerven zur Schmerztherapie	13
25	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	13
26	8-631.10	Neurostimulation: Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation: Ohne pharmakologische Anpassung	12
27	3-206	Native Computertomographie des Beckens	9
28	8-916.00	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang	7
29	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	7
30	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	7

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	301

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	1-911	Erweiterte apparativ-überwachte interventionelle Schmerzdiagnostik mit standardisierter Erfolgskontrolle	269
3	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	261
4	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	203
5	8-650	Elektrotherapie	160
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	130
7	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	111
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	98
9	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	75
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	70
11	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	64
12	8-916	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie	57
13	8-020	Therapeutische Injektion	57
14	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	41
15	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	32
16	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	21
17	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	16
18	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	13
19	8-913	Injektion eines Medikamentes an extrakranielle Hirnnerven zur Schmerztherapie	13
20	8-631	Neurostimulation	13
21	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	13
22	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	13
23	3-206	Native Computertomographie des Beckens	9
24	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	7

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
25	5-038	Operationen am spinalen Liquorsystem	6
26	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	5
27	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
28	8-011	Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen	< 4
29	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
30	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	< 4

B-[3753].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3753].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM07 - Privatambulanz	
3	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Spezialambulanz Neuromodulation und Medikamentenpumpen <i>Nachsorge und Programmieren von Neurostimulatoren, Auffüllen und Nachprogrammieren von Medikamentenpumpen</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VX00 - („Sonstiges“)
2	AM11	VX00 - („Sonstiges“)
3	Spezialambulanz Neuromodulation und Medikamentenpumpen	VX00 - („Sonstiges“)
4	Spezialambulanz Neuromodulation und Medikamentenpumpen	VI00 - („Sonstiges“)

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	< 4
2	5-056.7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
2	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	< 4

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

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

B-[3753].11 Personelle Ausstattung

B-[3753].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	132,857147	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	2,8

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	132,857147
--------	---	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	2,8

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[3753].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
4	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
5	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
6	ZF11 - Hämostaseologie
7	ZF02 - Akupunktur
8	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[3753].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt	6,2	Fälle je VK/Person	60,98361	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	6,1

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

Gesamt	0,3	Fälle je VK/Person	1240
--------	-----	--------------------	------

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,4	Fälle je VK/Person	930
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	1240
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	1240
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,4	Fälle je VK/Person	310
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	1,2

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ02 - Diplom
5	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP19 - Sturzmanagement
5	ZP18 - Dekubitusmanagement
6	ZP02 - Bobath
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP01 - Basale Stimulation
9	ZP20 - Palliative Care
10	ZP15 - Stomamanagement

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

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenheilkunde

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Martin Deeken
Telefon	06898 553006
Fax	06898 552230
E-Mail	gynaekologie@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie</p> <p><i>in Zusammenarbeit mit einem Arzt für plastische Chirurgie</i></p>
2	<p>VG15 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Brustsprechstunde, Urogynäkologie, Nachsorge Onkologie, Klimakterium, Endometriose-Sprechstunde, Zweite-Meinung-Sprechstunde, Dopplersprechstunde, Pränatale Fehlbildungssprechstunde, Dysplasiesprechstunde</i></p>
3	<p>VG00 - („Sonstiges“)</p> <p><i>VASA- UND CESA- OP's, Sacrofixations-OP's sowie übliche Operationen nach urogynäkologischem Stufenkonzept</i></p>
4	<p>VX00 - („Sonstiges“)</p>
5	<p>VG16 - Urogynäkologie</p> <p><i>möglichst fremdkörperfreie Op- Methoden, sakrale Neurostimulation bei Urge- Inkontinenz, Botoxtherapie, operative Therapie der Dranginkontinenz, Zusammenarbeit mit Beckenzentrum Sulzbach</i></p>
6	<p>VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Minimalinvasive Abklärung mit high-end Ultraschall, Elastographie, digitale 3D-Ultraschall, digitale 3D-Mammografie, Röntgen und Kernspin jeweils mit Biopsiemöglichkeit.</i></p>
7	<p>VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren</p> <p><i>Alle gängigen Methoden: TMMR, PMMR und Vulvafeldresektion spez. OP-Team für Ovarial-CA, laparoskopische Tumorchirurgie und Lymphknotenentfernung, Sentinel- Lymphknotenentfernung</i></p>
8	<p>VG00 - („Sonstiges“)</p> <p><i>Brust- Kernspin mit Biopsiemöglichkeit. Der Chefarzt ist "Senior Operateur" nach DKG, 3-D Mammographie mit Biopsiemöglichkeit</i></p>
9	<p>VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie</p> <p><i>frühe fetale Anatomie, NT- Messung, First- Trimester- Screening, Fehlbildungsausschluß, Dopplersonografie</i></p>
10	<p>VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse</p> <p><i>Minimalinvasive Abklärung mit high-end Ultraschall, 3D-Ultraschall, Röntgen und Kernspin, Elastographie.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VG06 - Gynäkologische Chirurgie <i>Stadiengerechte Tumorchirurgie. Abteilungsschwerpunkt: gynäkologische Onkologie</i>
12	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Mammasonographie DEGUM II</i>
13	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
14	VG07 - Inkontinenzchirurgie <i>alle gängigen Verfahren, einschließlich endoskopischer (minimalinvasiver) Netzeinlagen und Operationen bei Dranginkontinenz (VASA, CESA).</i>
15	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes <i>Myomembolisation, Myomentfernung, minimal invasive Gebärmutterentfernung</i>
16	VG05 - Endoskopische Operationen <i>Endometriose, TLH (Totale laparoskopische Hysterektomie), Suprazervikale Hysterektomie, Lymphonodektomie, Krebs OP's, Gebärmutterensenkungs-OPs, Scheidensenkungs-OPs</i>
17	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
18	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes <i>Keine Diagnostik / Therapie während der Geburt, lediglich während der Schwangerschaft und Wochenbett</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	402
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	44
2	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	23
3	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	23

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
4	N81.1	Zystozele	21
5	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	18
6	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	16
7	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	13
8	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	12
9	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
10	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	10
11	D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	9
12	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	9
13	N70.0	Akute Salpingitis und Oophoritis	9
14	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	8
15	R18	Aszites	7
16	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	7
17	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	7
18	N80.0	Endometriose des Uterus	6
19	D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Ovar	6
20	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	5
21	N84.0	Polyp des Corpus uteri	5
22	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	4
23	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	4
24	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	4
25	N83.1	Zyste des Corpus luteum	4
26	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	< 4
27	C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet	< 4
28	C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
29	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen	< 4

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	86
2	N81	Genitalprolaps bei der Frau	52
3	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	18
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	18
5	N80	Endometriose	16
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	16
7	D25	Leiomyom des Uterus	15
8	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	12
9	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
10	D61	Sonstige aplastische Anämien	9
11	N70	Salpingitis und Oophoritis	9
12	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	8
13	R18	Aszites	7
14	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	7
15	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	6
16	D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	6
17	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6
18	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	6
19	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	5
20	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	4
21	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	4
22	D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	4
23	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	< 4
24	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	N73	Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	D70	Agranulozytose und Neutropenie	< 4
27	N60	Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsendysplasie]	< 4
28	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
29	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	< 4
30	C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	< 4

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	85
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	56
3	5-886.x	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Sonstige	55
4	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	53
5	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	47
6	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	45
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	43
8	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	42
9	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	39
10	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	37
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	31
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	27
13	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	24

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	24
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	24
16	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	23
17	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	21
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	20
19	1-559.4	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision: Peritoneum	19
20	8-900	Intravenöse Anästhesie	18
21	5-932.41	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	18
22	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	18
23	5-569.30	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Offen chirurgisch	17
24	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	17
25	5-932.11	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	16
26	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	15
27	5-543.21	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: (Sub-)total	14
28	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	13
29	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	13
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	13

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	85
2	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	75
3	5-469	Andere Operationen am Darm	73
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	71
5	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	61
6	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	58
7	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	56
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	56
9	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	55
10	5-653	Salpingoovariektomie	54
11	3-100	Mammographie	53
12	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	45
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	43
14	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	38
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	34
16	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	32
17	5-661	Salpingektomie	31
18	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	30
19	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	27
20	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	24
21	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	24
22	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	22
23	5-569	Andere Operationen am Ureter	21
24	1-559	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision	20
25	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	19

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	8-900	Intravenöse Anästhesie	18
27	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	16
28	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	12
29	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	12
30	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	11

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Sonstige
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsambulanz
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VG00 - („Sonstiges“)
2	AM11	VG00 - („Sonstiges“)
3	Ermächtigungsambulanz	VA00 - („Sonstiges“)
4	Ermächtigungsambulanz	VG00 - („Sonstiges“)
5	Ermächtigungsambulanz	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
6	Ermächtigungsambulanz	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
7	Ermächtigungsambulanz	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

#	Ambulanz	Leistung
8	Ermächtigungsambulanz	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
9	Ermächtigungsambulanz	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
10	Ermächtigungsambulanz	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
11	Ermächtigungsambulanz	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
12	Ermächtigungsambulanz	VG15 - Spezialsprechstunde
13	Ermächtigungsambulanz	VG16 - Urogynäkologie
14	Sonstige	VG00 - („Sonstiges“)

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	41
2	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	12
3	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	12
4	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	10
5	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	7
6	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	7
7	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	6
8	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	5
9	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	4
10	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	< 4
12	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumbiopsie: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
13	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
14	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4
15	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
16	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
17	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	< 4
18	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
19	5-653.22	Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
20	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
21	5-671.02	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Messerkonisation	< 4
22	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
23	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
24	5-651.b2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
25	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolektomie: Laparoskopisch	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	41
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	20

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	14
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	12
5	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	10
6	5-671	Konisation der Cervix uteri	6
7	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	4
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	4
9	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	4
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	4
11	5-653	Salpingoovariektomie	< 4
12	5-881	Inzision der Mamma	< 4
13	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4
14	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
15	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
16	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
17	5-661	Salpingektomie	< 4

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

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,2	Fälle je VK/Person	111,666672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	3,6

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,8	Fälle je VK/Person	167,499985
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	2,4

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

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

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		6	Fälle je VK/Person	80,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	5

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

Gesamt		0,2	Fälle je VK/Person	2010
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,2	Fälle je VK/Person	2010
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	4020
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	4020
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

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

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	574,2857
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	1005
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,3	Stationär	0,4

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ20 - Praxisanleitung

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
5	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
6	PQ02 - Diplom
7	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
8	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP19 - Sturzmanagement
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP18 - Dekubitusmanagement
7	ZP23 - Breast Care Nurse
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP01 - Basale Stimulation
10	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
11	ZP02 - Bobath
12	ZP15 - Stomamanagement

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

B-[3100] Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3100 - Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Käfer
Telefon	06898 552602
Fax	06898 552487
E-Mail	psychosomatik@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

B-[3100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[3100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
2	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
3	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
5	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	VP00 - („Sonstiges“)
7	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
8	VP13 - Psychosomatische Komplexbehandlung
9	VP12 - Spezialsprechstunde <i>Angebot Psychoonkologische Sprechstunde</i>
10	VP14 - Psychoonkologie
11	VP00 - („Sonstiges“): Psychosomatische Institutsambulanz <i>PsIA, Psychosomatische Institutsambulanz, multimodale ambulante Behandlung</i>

B-[3100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	251
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	78
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	23

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
3	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	22
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	19
5	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	13
6	F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	7
7	F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	7
8	F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt	5
9	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	5
10	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	5
11	F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ	5
12	F50.1	Atypische Anorexia nervosa	4
13	F43.2	Anpassungsstörungen	4
14	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	< 4
15	F45.37	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme	< 4
16	F41.1	Generalisierte Angststörung	< 4
17	F45.0	Somatisierungsstörung	< 4
18	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
19	F45.2	Hypochondrische Störung	< 4
20	F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	< 4
21	F40.1	Soziale Phobien	< 4
22	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	< 4
23	F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	< 4
24	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	< 4
25	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	< 4
26	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	< 4
27	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	< 4
28	F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	< 4
29	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	< 4

B-[3100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	103
2	F45	Somatoforme Störungen	43
3	F32	Depressive Episode	26
4	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	16
5	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	13
6	F50	Essstörungen	11
7	F41	Andere Angststörungen	9
8	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	8
9	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	7
10	F40	Phobische Störungen	4
11	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	< 4
12	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	< 4
13	F48	Andere neurotische Störungen	< 4
14	F31	Bipolare affektive Störung	< 4
15	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	< 4
16	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	< 4
17	F51	Nichtorganische Schlafstörungen	< 4
18	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	< 4
19	F42	Zwangsstörung	< 4
20	F34	Anhaltende affektive Störungen	< 4

B-[3100].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[3100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Der Systemumstieg in das Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik System (PEPP-System) erfolgte im Jahr 2016. Die durchgeführten Prozeduren nach OPS werden daher erst im Folgejahr ausgewiesen.

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1191
2	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	863
3	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	460
4	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	415
5	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	360
6	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	305
7	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	282
8	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	218
9	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	175
10	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	143

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	141
12	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	95
13	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	62
14	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	48
15	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	33
16	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	26
17	1-206	Neurographie	23
18	9-649.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	23
19	9-649.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	22
20	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	21
21	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	19
22	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	18
23	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	17
24	9-641.00	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag	10
25	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	9
26	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	9
27	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	3-200	Native Computertomographie des Schädels	7
29	9-641.01	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag	7
30	9-696.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	7

B-[3100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	4315
2	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	305
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	282
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	33
5	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	31
6	1-206	Neurographie	23
7	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	21
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	20
9	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	18
10	9-641	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	17
11	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	13
12	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	9
13	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	9
14	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	8
15	3-200	Native Computertomographie des Schädels	7

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	6
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	5
18	8-547	Andere Immuntherapie	5
19	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	5
20	8-900	Intravenöse Anästhesie	4
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	4
22	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	4
23	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	4
24	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	4
25	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	4
26	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	< 4
27	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
28	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	< 4
29	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
30	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4

B-[3100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[3100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VP00 - („Sonstiges“)
2	AM07	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen

#	Ambulanz	Leistung
3	AM07	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
4	AM07	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	AM07	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
6	AM07	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

B-[3100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3100].11 Personelle Ausstattung

B-[3100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,9	Fälle je VK/Person	52,29166
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,1	Stationär	4,8

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,9	Fälle je VK/Person	86,55172
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,9

B-[3100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
2	AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3	AQ42 - Neurologie

B-[3100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF35 - Psychoanalyse
2	ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung
3	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[3100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		7,1	Fälle je VK/Person	35,35211
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,1

B-[3100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ02 - Diplom

B-[3100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP19 - Sturzmanagement
5	ZP18 - Dekubitusmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP01 - Basale Stimulation
8	ZP02 - Bobath
9	ZP20 - Palliative Care
10	ZP15 - Stomamanagement

B-[3100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		3,1	Fälle je VK/Person	86,55172
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	2,9

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	132,105255
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	1,9

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

Gesamt		1,6	Fälle je VK/Person	156,875
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,6

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	313,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	418,3333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Neurologie

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[2800].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Jürgen Guldner
Telefon	06898 552311
Fax	06898 552072
E-Mail	neurologie.puettlingen@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

Erläuterungen

Zielvereinbarung liegt bei dem Sektionsleiter Dr. Reisdorf Jan vor.

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
2	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
3	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
4	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
5	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
6	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
7	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
8	<i>In einem Team von Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten sowie speziell ausgebildeten Ärzten können Patienten bereits unmittelbar nach einem neurologischen Erkrankungsfall in der Frührehabilitation behandelt werden.</i>
9	VN24 - Stroke Unit <i>Eine individuelle Therapie und gezielte Überwachung von schwerst Erkrankten mit Schlaganfall und Hirnblutungen (intracerebrale Blutungen) auf der Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) ermöglichen eine erhebliche Besserung der klinischen Befunde im Verlauf</i>
10	VN22 - Schlafmedizin
11	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
12	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
13	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
14	VN00 - („Sonstiges“)
15	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
16	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
17	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VN20 - Spezialsprechstunde <i>Sprechstunden für Demenz, Multiple Sklerose, Parkinson, Schlafstörungen</i>
19	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
20	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
21	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>unter Anwendung spezieller Assessments</i>
22	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
23	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
24	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
25	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
26	VN23 - Schmerztherapie
27	VN00 - („Sonstiges“) <i>u.a. mittels Cranio- Corporographie</i>
28	VN00 - („Sonstiges“)
29	VN00 - („Sonstiges“)

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

Vollstationäre Fallzahl	2450
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I67.88	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten	218
2	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	177
3	R26.3	Immobilität	119
4	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	108
5	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	104

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	68
7	M53.0	Zervikozephalisches Syndrom	63
8	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	62
9	R55	Synkope und Kollaps	51
10	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	38
11	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	37
12	R42	Schwindel und Taumel	35
13	G44.2	Spannungskopfschmerz	35
14	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	34
15	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	30
16	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	29
17	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	28
18	F05.1	Delir bei Demenz	28
19	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	27
20	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	24
21	G44.1	Vasomotorischer Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert	21
22	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	19
23	S06.0	Gehirnerschütterung	19
24	E86	Volumenmangel	18
25	G51.0	Fazialisparese	17
26	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	16
27	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	16

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	R20.1	Hypästhesie der Haut	15
29	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	15
30	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	15

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	370
2	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	223
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	181
4	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	128
5	G40	Epilepsie	106
6	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	91
7	H81	Störungen der Vestibularfunktion	89
8	S06	Intrakranielle Verletzung	81
9	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	74
10	S72	Fraktur des Femurs	69
11	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	67
12	R55	Synkope und Kollaps	51
13	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	40
14	R42	Schwindel und Taumel	35
15	I61	Intrazerebrale Blutung	34
16	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	34
17	G43	Migräne	25
18	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	25
19	G62	Sonstige Polyneuropathien	24
20	M54	Rückenschmerzen	20
21	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	20
23	E86	Volumenmangel	18
24	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	17
25	B02	Zoster [Herpes zoster]	15
26	M48	Sonstige Spondylopathien	14
27	F45	Somatoforme Störungen	14
28	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	14
29	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	13
30	I95	Hypotonie	12

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3608
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	2210
3	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	1685
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1158
5	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	1145
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	1115
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	951
8	1-206	Neurographie	863
9	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	854
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	440
11	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	417
12	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	373

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	290
14	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	259
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	253
16	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	237
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	237
18	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	219
19	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	219
20	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	178
21	9-401.02	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 4 Stunden	176
22	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	172
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	156
24	8-900	Intravenöse Anästhesie	153
25	3-202	Native Computertomographie des Thorax	152
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	147
27	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	121
28	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	119
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	112
30	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	111

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3608
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	2210

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	1685
4	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1158
5	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	1145
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	1115
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	951
8	1-206	Neurographie	863
9	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	854
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	799
11	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	744
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	440
13	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	417
14	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	410
15	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	381
16	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	259
17	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	229
18	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	219
19	9-401	Psychoziale Interventionen	181
20	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	179
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	172
22	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	165
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	156
24	8-900	Intravenöse Anästhesie	153
25	3-202	Native Computertomographie des Thorax	152
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	147
27	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	119
28	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	113

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	103
30	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	96

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsambulanz <i>auf Überweisung von einem niedergelassenen FA für Neurologie</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Gesamtes Spektrum der Neurologie</i>
3	AM07 - Privatambulanz	<i>Gesamtes Spektrum der Neurologie</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VN00 - („Sonstiges“)
2	AM07	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
3	AM07	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
4	AM07	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
5	AM07	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
6	AM07	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
7	AM07	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

#	Ambulanz	Leistung
8	AM07	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
9	AM07	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
10	AM07	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
11	AM07	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
12	AM07	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
13	AM07	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
14	AM07	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	AM07	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
16	AM07	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
17	AM07	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
18	AM07	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
19	AM07	VN20 - Spezialsprechstunde
20	Ermächtigungsambulanz	VN00 - („Sonstiges“)

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

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

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

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

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

B-[2800].11 Personelle Ausstattung

B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	17,2	Fälle je VK/Person	149,390244
Beschäftigungsverhältnis	Mit 17,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,8	Stationär	16,4

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	8,2	Fälle je VK/Person	314,10257
Beschäftigungsverhältnis	Mit 8,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,4	Stationär	7,8

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
2	AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF37 - Rehabilitationswesen
2	ZF30 - Palliativmedizin

#	Zusatz-Weiterbildung
3	ZF39 - Schlafmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
5	ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung
6	ZF09 - Geriatrie

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		53,4	Fälle je VK/Person	46,05263
Beschäftigungsverhältnis	Mit	53,2	Ohne	0,2
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	53,2

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

Gesamt		0,2	Fälle je VK/Person	12250
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		24,7	Fälle je VK/Person	99,19028
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,4	Ohne	0,3
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	24,7

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		3,4	Fälle je VK/Person	720,5882
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,4

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,6	Fälle je VK/Person	437,5
--------	--	-----	-----------------------	-------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,6

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

Gesamt		1,1	Fälle je VK/Person	2227,27271
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,3	Fälle je VK/Person	224,770645
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	10,9

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ02 - Diplom
5	PQ22 - Intermediate Care Pflege
6	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP19 - Sturzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP07 - Geriatrie
6	ZP18 - Dekubitusmanagement

#	Zusatzqualifikation
7	ZP03 - Diabetes
8	ZP02 - Bobath
9	ZP01 - Basale Stimulation
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP29 - Stroke Unit Care
12	ZP15 - Stomamanagement
13	ZP25 - Gerontopsychiatrie

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

B-[1800] Gefäßchirurgie

B-[1800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Gefäßchirurgie

B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1800 - Gefäßchirurgie

B-[1800].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Uwe Gabsch
Telefon	06898 553083
E-Mail	gefaesschirurgie@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

B-[1800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[1800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC71 - Notfallmedizin VC00 - („Sonstiges“)
2	<i>Dreifach-Zertifizierung -nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA), der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG), der Deutschen Radiologischen Gesellschaft (DRG).</i>
3	VD20 - Wundheilungsstörungen <i>Behandlung komplexer Wunden</i>
4	VC61 - Dialyseshuntchirurgie <i>Dialysezugangschirurgie</i>
5	VC63 - Amputationschirurgie
6	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
7	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
8	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
9	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich <i>Carotischirurgie</i>
10	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
11	VC62 - Portimplantation
12	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
13	VC30 - Septische Knochenchirurgie
14	VO15 - Fußchirurgie
15	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
16	VC58 - Spezialsprechstunde
17	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
18	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
19	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
20	VR04 - Duplexsonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VR15 - Arteriographie
22	VR16 - Phlebographie
23	VC00 - („Sonstiges“): Diabetisches Fußzentrum <i>Diabetisches Fußzentrum</i>
24	VC00 - („Sonstiges“): Endovaskuläre Behandlung <i>Komplexe endovaskuläre Behandlung</i>
25	VI41 - Shuntzentrum

B-[1800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	757
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	178
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	54
3	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	53
4	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	50
5	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	26
6	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	24
7	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	22
8	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	21
9	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	20

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
10	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	20
11	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	20
12	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	15
13	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	13
14	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	12
15	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	11
16	I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	10
17	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	8
18	T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	8
19	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	8
20	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	8
21	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	6
22	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	6
23	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	6
24	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	5
25	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	5
26	S81.80	Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels	5
27	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	5
28	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	5
29	I77.80	Penetrierendes Aortenulkus [PAU]	5
30	T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	4

B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	351

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	78
3	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	31
4	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	28
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	26
6	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	21
7	N18	Chronische Nierenkrankheit	21
8	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	20
9	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	20
10	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	20
11	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	15
12	I63	Hirninfarkt	14
13	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	9
14	I87	Sonstige Venenkrankheiten	8
15	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	8
16	I83	Varizen der unteren Extremitäten	8
17	L03	Phlegmone	7
18	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	6
19	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	5
20	A46	Erysipel [Wundrose]	4
21	I50	Herzinsuffizienz	< 4
22	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	< 4
23	M10	Gicht	< 4
24	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	< 4
26	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
27	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
29	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
30	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4

B-[1800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	394
2	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	316
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	303
4	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	276
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	215
6	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	207
7	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	154
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	129
9	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	120
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	116
11	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	111
12	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	106
13	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	105
14	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	104
15	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	90

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	88
17	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	77
18	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	76
19	5-850.ba	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Fuß	69
20	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	62
21	8-83c.fb	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Rotationsatherektomie: Gefäße Oberschenkel	62
22	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	61
23	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	59
24	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	58
25	5-938.0	Art der Beschichtung von Gefäßprothesen: Bioaktive Oberfläche	55
26	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	55
27	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	54
28	5-983	Reoperation	53
29	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	53
30	8-83c.fc	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Rotationsatherektomie: Gefäße Unterschenkel	52

B-[1800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	424
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	399
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	394
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	379
5	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	371
6	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	316

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	303
8	5-381	Endarteriektomie	287
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	274
10	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	215
11	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	207
12	8-190	Spezielle Verbandstechniken	198
13	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	172
14	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	154
15	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	152
16	8-83c	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention	144
17	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	132
18	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	130
19	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	116
20	5-393	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen	108
21	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	105
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	101
23	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	93
24	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	81
25	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	69
26	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	65
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	61
28	5-938	Art der Beschichtung von Gefäßprothesen	55
29	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	54
30	5-983	Reoperation	53

B-[1800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	gesamtes Spektrum der Gefäßmedizin
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
5	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	

B-[1800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	AM04	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	AM08	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
4	AM07	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
5	AM04	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
6	AM08	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
7	AM08	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
8	AM04	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
9	AM07	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
10	AM07	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
11	AM08	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
12	AM04	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
13	AM04	VC62 - Portimplantation
14	AM07	VC62 - Portimplantation
15	AM04	VA17 - Spezialsprechstunde
16	AM07	VA17 - Spezialsprechstunde
17	AM07	VD20 - Wundheilungsstörungen
18	AM04	VD20 - Wundheilungsstörungen

B-[1800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	37
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	18
3	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	11
4	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	11
5	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	4
6	8-836.03	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	< 4
7	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	< 4
8	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	< 4
9	5-392.30	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat ohne Abstrom in den rechten Vorhof	< 4
10	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
11	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	< 4
12	5-392.11	Anlegen eines arteriovenösen Shunters: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Mit Vorverlagerung der Vena basilica	< 4
13	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	< 4

B-[1800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	55
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	20
3	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunters	14
4	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	5

B-[1800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1800].11 Personelle Ausstattung

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,8	Fälle je VK/Person	100,933327
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,3	Stationär	7,5

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4	Fälle je VK/Person	199,210526
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	3,8

B-[1800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt		23,7	Fälle je VK/Person	33,05677
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,8	Stationär	22,9

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

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	1081,42859
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,7

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,9	Fälle je VK/Person	398,421051
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,9

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	2523,33325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,1	Fälle je VK/Person	757
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	1

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

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	504,666656
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

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

Gesamt		2,8	Fälle je VK/Person	280,370361
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	2,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,6	Fälle je VK/Person	360,4762
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	2,1

B-[1800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ13 - Hygienefachkraft

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ02 - Diplom
6	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ07 - Pflege in der Onkologie
8	PQ12 - Notfallpflege

B-[1800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP32 - Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®
6	ZP19 - Sturzmanagement
7	ZP01 - Basale Stimulation
8	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP02 - Bobath
11	ZP20 - Palliative Care
12	ZP15 - Stomamanagement

B-[1800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Intensivmedizin

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[3600].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. Marion Bolte
Telefon	06898 552358
Fax	06898 552024
E-Mail	Marion.bolte@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
2	VI20 - Intensivmedizin
3	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
4	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
5	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
6	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
7	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
8	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
9	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
10	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
11	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
12	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
13	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
14	VI42 - Transfusionsmedizin
15	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
16	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
17	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
18	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
19	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
20	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
21	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
22	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
23	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
24	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
25	VC21 - Endokrine Chirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
26	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
27	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
28	VC24 - Tumorchirurgie
29	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
30	VC62 - Portimplantation
31	VC68 - Mammachirurgie
32	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
33	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
34	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
35	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
36	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
37	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
38	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
39	VC30 - Septische Knochenchirurgie
40	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
41	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
42	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
43	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
44	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
45	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
46	VN09 - Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
47	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
48	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
49	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
50	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
51	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
52	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
53	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

#	Medizinische Leistungsangebote
54	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
55	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
56	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
57	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
58	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
59	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
60	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
61	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
62	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
63	VC63 - Amputationschirurgie
64	VN20 - Spezialsprechstunde
65	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
66	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
67	VN23 - Schmerztherapie
68	VC69 - Verbrennungschirurgie
69	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
70	VN24 - Stroke Unit
71	VO15 - Fußchirurgie
72	VC59 - Mediastinoskopie
73	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
74	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
75	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
76	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
77	VO16 - Handchirurgie
78	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
79	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

#	Medizinische Leistungsangebote
80	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
81	VO00 - („Sonstiges“)
82	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
83	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
84	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
85	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
86	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
87	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
88	VG05 - Endoskopische Operationen
89	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
90	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
91	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
92	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
93	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
94	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
95	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
96	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
97	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
98	VG07 - Inkontinenzchirurgie
99	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
100	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
101	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
102	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
103	VC58 - Spezialsprechstunde
104	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
105	VO00 - („Sonstiges“)
106	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
107	VC71 - Notfallmedizin
108	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
109	VX00 - („Sonstiges“)
110	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
111	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
112	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
113	VI34 - Elektrophysiologie
114	VC66 - Arthroskopische Operationen
115	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
116	VI35 - Endoskopie
117	VH26 - Laserchirurgie
118	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
119	VI00 - („Sonstiges“)
120	VP12 - Spezialsprechstunde
121	VI40 - Schmerztherapie
122	VI00 - („Sonstiges“)
123	VP13 - Psychosomatische Komplexbehandlung
124	VI41 - Shuntzentrum
125	VI00 - („Sonstiges“)
126	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
127	VI00 - („Sonstiges“)
128	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
129	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
130	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
131	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
132	VI38 - Palliativmedizin
133	VI39 - Physikalische Therapie
134	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
135	VO14 - Endoprothetik
136	VO17 - Rheumachirurgie
137	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

#	Medizinische Leistungsangebote
138	VO21 - Traumatologie
139	VP14 - Psychoonkologie
140	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
141	VR02 - Native Sonographie
142	VR04 - Duplexsonographie
143	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
144	VR06 - Endosonographie
145	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
146	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
147	VR15 - Arteriographie
148	VR16 - Phlebographie
149	VR17 - Lymphographie
150	VR18 - Szintigraphie
151	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
152	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
153	VR00 - („Sonstiges“)
154	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
155	VR41 - Interventionelle Radiologie
156	VR43 - Neuroradiologie

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

Vollstationäre Fallzahl	402
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	37

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
2	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	22
3	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	13
4	F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	10
5	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	7
6	S06.0	Gehirnerschütterung	7
7	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	5
8	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	5
9	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	5
10	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	5
11	J44.10	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	5
12	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	5
13	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	4
14	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	4
15	F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	4
16	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	4
17	K81.0	Akute Cholezystitis	4
18	J44.09	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	4
19	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	4
20	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	4
21	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	< 4
22	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
23	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	< 4
24	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4
25	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
26	J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	< 4
27	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
28	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	< 4
29	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	< 4
30	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	< 4

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	40
2	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	27
3	A41	Sonstige Sepsis	18
4	I70	Atherosklerose	15
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	15
6	S06	Intrakranielle Verletzung	12
7	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	10
8	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	10
9	I63	Hirnfarkt	8
10	I50	Herzinsuffizienz	8
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8
12	I46	Herzstillstand	7
13	S72	Fraktur des Femurs	7
14	G40	Epilepsie	7

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
15	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	7
16	N17	Akutes Nierenversagen	6
17	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5
18	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	5
19	K81	Cholezystitis	5
20	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	4
21	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	4
22	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	4
23	I61	Intrazerebrale Blutung	4
24	K57	Divertikulose des Darmes	4
25	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
26	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
27	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
28	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	< 4
29	G43	Migräne	< 4
30	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4

B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1458
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1155
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	705
4	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	606
5	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	422

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	416
7	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	371
8	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	350
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	190
10	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	169
11	8-701	Einfache endotracheale Intubation	167
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	155
13	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	136
14	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	133
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	127
16	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	122
17	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	116
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	107
19	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	103
20	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	101
21	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	100
22	8-900	Intravenöse Anästhesie	95
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	90
24	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	89
25	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	78
26	3-202	Native Computertomographie des Thorax	75

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	74
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	59
29	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	56
30	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	52

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1458
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1155
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	791
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	705
5	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	422
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	419
7	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	416
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	370
9	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	350
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	203
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	190
12	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	169
13	8-701	Einfache endotracheale Intubation	167
14	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	140
15	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	136
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	127
17	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	126
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	122

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
19	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	116
20	8-390	Lagerungsbehandlung	103
21	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	101
22	8-900	Intravenöse Anästhesie	95
23	5-916	Temporäre Weichteildeckung	92
24	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	90
25	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	79
26	3-202	Native Computertomographie des Thorax	75
27	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	74
28	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	72
29	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	70
30	5-469	Andere Operationen am Darm	62

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	

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

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

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

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

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

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	17,1	Fälle je VK/Person	23,50877
Beschäftigungsverhältnis	Mit 17,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	17,1

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	11,5	Fälle je VK/Person	34,95652
Beschäftigungsverhältnis	Mit 11,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	11,5

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ59 - Transfusionsmedizin
2	AQ01 - Anästhesiologie
3	AQ42 - Neurologie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

#	Zusatz-Weiterbildung
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF15 - Intensivmedizin
5	ZF30 - Palliativmedizin
6	ZF28 - Notfallmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		43,8	Fälle je VK/Person	9,17808
Beschäftigungsverhältnis	Mit	43,4	Ohne	0,4
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	43,8

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	446,6667
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,9

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	502,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ13 - Hygienefachkraft

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ02 - Diplom

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP19 - Sturzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP18 - Dekubitusmanagement
5	ZP03 - Diabetes
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP02 - Bobath
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP01 - Basale Stimulation
10	ZP15 - Stomamanagement

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

B-[2300] Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2300 - Orthopädie

B-[2300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. Thomas Siebel
Telefon	06898 552244
Fax	06898 552410
E-Mail	orthopaedie@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
4	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	VC30 - Septische Knochenchirurgie
6	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
7	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
8	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
9	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
10	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
11	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
12	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
13	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
14	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
15	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
16	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
17	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
18	VC63 - Amputationschirurgie
19	VO15 - Fußchirurgie
20	VC66 - Arthroskopische Operationen
21	VO00 - („Sonstiges“)
22	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
23	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
24	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
25	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
26	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

#	Medizinische Leistungsangebote
27	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
28	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
29	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
30	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
31	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
32	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
33	VO13 - Spezialsprechstunde
34	VO14 - Endoprothetik
35	VO17 - Rheumachirurgie
36	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
37	VO21 - Traumatologie
38	VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie
39	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
40	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
41	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
42	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
43	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
44	VC71 - Notfallmedizin
45	VO00 - („Sonstiges“)
46	VO00 - („Sonstiges“)
47	VO00 - („Sonstiges“)
48	VO00 - („Sonstiges“)
49	VC00 - („Sonstiges“): Navigationsgestützte Knieendoprothetik

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

Vollstationäre Fallzahl	2977
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	452
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	393
3	S06.0	Gehirnerschütterung	364
4	M54.4	Lumboischialgie	236
5	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	71
6	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	58
7	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	49
8	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	46
9	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	46
10	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	43
11	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	43
12	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	36
13	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	36
14	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	34
15	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	32
16	S32.5	Fraktur des Os pubis	30
17	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	26
18	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	24
19	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	23
20	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	23
21	M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich	22
22	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	21
23	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	20
24	S82.82	Trimalleolarfraktur	19
25	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	17

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	17
27	S32.1	Fraktur des Os sacrum	16
28	S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	15
29	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	15
30	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	14

B-[2300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	488
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	427
3	S06	Intrakranielle Verletzung	364
4	M54	Rückenschmerzen	324
5	S72	Fraktur des Femurs	141
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	123
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	107
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	105
9	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	94
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	89
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	83
12	S52	Fraktur des Unterarmes	65
13	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	62
14	M48	Sonstige Spondylopathien	60
15	M47	Spondylose	45
16	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	33
17	M00	Eitrige Arthritis	26
18	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	24

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	19
20	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	17
21	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	17
22	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	16
23	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	16
24	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	13
25	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	13
26	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	11
27	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	10
28	M87	Knochennekrose	10
29	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	9
30	S12	Fraktur im Bereich des Halses	9

B-[2300].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2654
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1180
3	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	731
4	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	726
5	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	621
6	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	595
7	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	532
8	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	531
9	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	523

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
10	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert	435
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	374
12	5-988.3	Anwendung eines Navigationssystems: Optisch	348
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	320
14	5-86a.20	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten	310
15	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	235
16	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	223
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	203
18	5-822.g2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)	174
19	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	147
20	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	142
21	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	138
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	129
23	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	110
24	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	105
25	5-822.h1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert	98
26	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	76
27	1-206	Neurographie	74
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	74
29	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	68

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	65

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2654
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1180
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	1062
4	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	861
5	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	731
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	726
7	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	621
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	595
9	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	580
10	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	532
11	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	531
12	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	349
13	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	310
14	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	277
15	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	253
16	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	235
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	203
18	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	156
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	150
20	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	145
21	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	139

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	134
23	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	134
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	110
25	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	98
26	5-836	Spondylodese	95
27	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	82
28	5-916	Temporäre Weichteildeckung	80
29	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	79
30	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	77

B-[2300].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz <i>Diagnostik, Konservative, Operative und Berufsgenossenschaftliche Verfahren (Sonstige)</i>
		Notfallambulanz
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Gesamtes Leistungsspektrum der Fachabteilung Orthopädie/Traumatologie (Sonstige)</i>
3	AM07 - Privatambulanz	<i>Gesamtes Spektrum der Orthopädie und Traumatologie</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
4	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	
5	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
7	AM12 - Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V	

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VO00 - („Sonstiges“)
2	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	VO00 - („Sonstiges“)
3	Notfallambulanz	VO00 - („Sonstiges“)

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

B-[2300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	107
2	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	31
3	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	13
4	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	12
5	5-812.6	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, total	5
6	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	5
7	5-796.kv	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale	5

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
8	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	5
9	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	4
10	5-790.0v	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Metatarsale	4
11	5-855.19	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel	4
12	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	< 4
13	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
14	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
15	5-796.kb	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4
16	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	< 4
17	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
18	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	< 4
19	5-795.1v	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metatarsale	< 4
20	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	< 4
21	5-795.k0	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
22	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	< 4
23	5-787.2j	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Patella	< 4
24	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
25	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
27	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
28	5-780.3g	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Femurschaft	< 4
29	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	< 4
30	5-787.07	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulna proximal	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	117
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	72
3	1-697	Diagnostische Arthroskopie	14
4	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	12
5	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	11
6	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	10
7	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	8
8	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnnenscheide	5
9	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
11	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
12	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
13	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
14	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
15	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
17	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
18	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
19	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	< 4
20	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
21	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4

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

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

B-[2300].11 Personelle Ausstattung

B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	17,5	Fälle je VK/Person	192,064514
Beschäftigungsverhältnis	Mit 17,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 2	Stationär	15,5

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	8,1	Fälle je VK/Person	419,295776
Beschäftigungsverhältnis	Mit 8,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1	Stationär	7,1

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
2	ZF37 - Rehabilitationswesen
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
5	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
6	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin
7	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
8	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
9	ZF44 - Sportmedizin

B-[2300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt	56,6	Fälle je VK/Person	59,18489
Beschäftigungsverhältnis	Mit 56,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 6,3	Stationär	50,3

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	1488,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	14885
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	0,2

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,7	Fälle je VK/Person	14885
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	0,2

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

Gesamt		2,1	Fälle je VK/Person	1417,61914
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,1

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

Gesamt		4,8	Fälle je VK/Person	692,325562
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	4,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,1	Fälle je VK/Person	661,555542
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,6	Stationär	4,5

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
3	PQ13 - Hygienefachkraft

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ02 - Diplom
6	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP19 - Sturzmanagement
6	ZP01 - Basale Stimulation
7	ZP18 - Dekubitusmanagement
8	ZP02 - Bobath
9	ZP15 - Stomamanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management

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

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Vincent Zimmer
Telefon	06898 552264
Fax	06898 552267
E-Mail	innere.puettingen@kksaar.de
Strasse	In der Humes
Hausnummer	35
PLZ	66346
Ort	Püttlingen

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Kooperation mit der Praxis OnkoSaar, für Hämatologie und Onkologie, Dr. G. Jacobs, Dr. C. Zwick, Dr. B. Schneider, Saarbrücken Tel. 0681 85766-0</i></p>
2	<p>VI20 - Intensivmedizin</p> <p><i>Eigenverantwortliche Behandlung von intensivpflichtigen Patienten aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin</i></p>
3	<p>VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien</p>
4	<p>VI35 - Endoskopie</p> <p><i>diagnostische und therapeutische Endoskopie: Schwerpunkt interventionelle Endoskopie mit ERCP, PTCD, Endosonographie, ÖGD, Koloskopie mit Polypabtragung, endoskopische Therapie von Frühkarzinomen inkl. endoskopische submukosa Dissektion</i></p>
5	<p>VI00 - („Sonstiges“)</p> <p><i>Interdisziplinäre Darmsprechstunde im Rahmen des zertifizierten Darmzentrums, Sprechstunde für chronisch. entzündliche Darmerkrankungen</i></p>
6	<p>VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren</p> <p><i>Laufbandergo, akrale-/ segmentale Oszillographie, Kapillarmikroskopie, TCP O2- Messung, Venendruckmessung, Venenverschlussplethysmographie, Doppler- Perfusionsdruckmessung, peripherer Doppler art./ ven., Duplexsono art. / ven. Gefäße, CO2 Reaktivität, ECHO.</i></p>
7	<p>VI00 - („Sonstiges“)</p>
8	<p>VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen</p> <p><i>Sonographien mit Kontrastverstärkern und Farbcodierung, Isotopennephrogramm, Angio-MR</i></p>
9	<p>VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes</p> <p><i>Bodyplethysmographie, Blutgasanalyse, Echokardiographie des rechten Herzens mit Kontrastmittel</i></p>
10	<p>VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten</p> <p><i>Belastungs-EKG, Farbcodierte Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie, Cardio-MR, Cardio-CT</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums <i>Sonographisch gestützte Punktion des Abdomens</i>
12	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
13	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Diagnostik und Therapie gastrointestinaler und pulmonaler Tumoren, interdisziplinäre Tumorkonferenz, evidenzbasierte Chemotherapie, Nachsorge von Tumorerkrankungen, in Kooperation mit der Praxis OnkoSaar</i>
14	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>Cardio MR, Cardio CT, TEE</i>
15	VI00 - („Sonstiges“)
16	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>Diagnostisch- und therapeutische Pleurapunktionen, Pleurodese</i>
17	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs <i>Endosonographie des Rektums, Behandlung und Diagnostik von Hämorrhoidalleiden, MR- Becken, MR- Defäkographie</i>
18	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>24-Stunden Langzeitblutdruckmessung</i>
19	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Erkrankungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebennieren, Osteoporose, Endosonographie der Nebennieren, Schilddrüsenfunktionstest</i>
20	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten <i>Diagnostik und Therapie gastrointestinaler und pulmonaler Infektionserkrankungen, sonographisch und endosonographisch gestützter Punktionen und Drainageverfahren für Abszesse des Abdomens und der Leber.</i>
21	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten <i>Duplexsonographie der Venen, Lymphknotenultraschall, sonographiegesteuerte Punktion intraabdomineller und mediastinaler Lymphknoten (Endosonographie)</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
22	<p>VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>Diagn. u. interventionelle Gastroskopie, Enteroskopie, diagn. u. therapeutische Koloskopie, Polypektomie, Mukosektomie, endoskopische Submukosa-Dissektion(ESD end. Vollwandresektion), Bougierung v. Stenosen, Stenteinlagen, Endosonographie einschl. Punktion, interdiszi. Tumorkonferenz, Chemotherapie.</i></p>
23	<p>VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Diagnostische Bronchoskopie, Lungenfunktionsdiagnostik einschließlich Bodyplethysmographie</i></p>
24	<p>VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas</p> <p><i>Diagnostische/ interventionelle ERCP, Endosonographie, Perkutane transhepatische Drainage der Gallengänge (PTCD), Cholangioskopie, Pappillotomie, Stenteinlagen, Sonographie, KM- Sonographie, Duplexsonographie,</i></p>
25	<p>VI27 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Herzschrittmacher, Kolitis/Crohn, Chronische Hepatitis, Onkologie</i></p>
26	<p>VC05 - Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Nachsorge Schrittmacher und ICD, Implantation von Event-Recordern</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl	3404
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	120
2	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	119
3	E86	Volumenmangel	115
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	94
5	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	78
6	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	77

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	76
8	R55	Synkope und Kollaps	66
9	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	66
10	K29.6	Sonstige Gastritis	60
11	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	55
12	A46	Erysipel [Wundrose]	54
13	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	49
14	K83.1	Verschluss des Gallenganges	47
15	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	46
16	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	40
17	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	40
18	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	38
19	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	35
20	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	33
21	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	27
22	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	26
23	R53	Unwohlsein und Ermüdung	26
24	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	25
25	I95.1	Orthostatische Hypotonie	23
26	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	23
27	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	23
28	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	22
29	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	22
30	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	22

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	204
2	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	149
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	136
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	119
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	117
6	E86	Volumenmangel	115
7	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	92
8	K29	Gastritis und Duodenitis	87
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	83
10	K80	Cholelithiasis	79
11	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	78
12	R55	Synkope und Kollaps	66
13	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	58
14	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	57
15	I26	Lungenembolie	55
16	A46	Erysipel [Wundrose]	54
17	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	54
18	K57	Divertikulose des Darmes	48
19	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	48
20	I70	Atherosklerose	44
21	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	40
22	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	40
23	I95	Hypotonie	39
24	D50	Eisenmangelanämie	39
25	K85	Akute Pankreatitis	39
26	K70	Alkoholische Leberkrankheit	36
27	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	35

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	34
29	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	34
30	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	30

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1553
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	1448
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	892
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	661
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	557
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	546
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	471
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	418
9	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	406
10	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	356
11	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	324
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	284
13	9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	264
14	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	261
15	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	255
16	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	184

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
17	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	177
18	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	152
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	140
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	138
21	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	136
22	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	120
23	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	96
24	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	95
25	3-054	Endosonographie des Duodenums	95
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	93
27	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	92
28	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	87
29	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	82
30	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	78

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1629
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1553
3	8-900	Intravenöse Anästhesie	1448

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	909
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	661
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	557
7	1-650	Diagnostische Koloskopie	477
8	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	441
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	418
10	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	406
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	352
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	347
13	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	324
14	9-401	Psychosoziale Interventionen	264
15	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	261
16	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	198
17	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	184
18	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	171
19	5-469	Andere Operationen am Darm	157
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	148
21	8-390	Lagerungsbehandlung	114
22	3-054	Endosonographie des Duodenums	95
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	92
24	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	82
25	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	69
26	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	69
27	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	66
28	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	64
29	3-202	Native Computertomographie des Thorax	63

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	56

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Gesamtes Leistungsspektrum der Medizinischen Klinik I und II
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Endoskopie, Gastroenterologie <i>Auf Überweisung von endoskopisch tätigen Internisten/Vertragsärzten.</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Gesamtes Leistungsspektrum der Medizinischen Klinik I</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VI00 - („Sonstiges“)
2	AM08	VI00 - („Sonstiges“)
3	Endoskopie, Gastroenterologie	VI35 - Endoskopie
4	Gesamtes Leistungsspektrum der Medizinischen Klinik I und II	VI00 - („Sonstiges“)

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4

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

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

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

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		19,5	Fälle je VK/Person	195,632187
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,1	Stationär	17,4

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		9,5	Fälle je VK/Person	400,470581
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	8,5

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

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

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF30 - Palliativmedizin
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
5	ZF28 - Notfallmedizin
6	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin
7	ZF52 - Ernährungsmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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

Gesamt	41,6	Fälle je VK/Person	90,05291
Beschäftigungsverhältnis	Mit 41,2	Ohne	0,4
Versorgungsform	Ambulant 3,8	Stationär	37,8

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

Gesamt	0,8	Fälle je VK/Person	4255
--------	-----	--------------------	------

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,3	Fälle je VK/Person	1031,51514
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0,3
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,3

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	8510
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,4

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,8	Fälle je VK/Person	1260,74072
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	2,7

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

Gesamt		2,7	Fälle je VK/Person	1260,74072
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8	Fälle je VK/Person	460
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	7,4

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ13 - Hygienefachkraft
6	PQ02 - Diplom
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ11 - Pflege in der Nephrologie

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP19 - Sturzmanagement
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP03 - Diabetes
5	ZP01 - Basale Stimulation
6	ZP14 - Schmerzmanagement
7	ZP02 - Bobath
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP15 - Stomamanagement
10	ZP18 - Dekubitusmanagement

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	57
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	57
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	126
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	126
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur	
Fallzahl	65
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	65
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	83
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	83
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	217
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	217
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	348
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	348
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	597
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	597
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	570
Dokumentationsrate	100,18
Anzahl Datensätze Standort	571
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	31
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	31
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	456
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	456
KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	420
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	420
KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	38
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	38
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	216
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	216

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann,

Fachlicher Hinweis IQTIG	wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	99,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,42 - 99,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	216
Beobachtete Ereignisse	215
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	99,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,28 - 99,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	203
3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,84 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	174
Beobachtete Ereignisse	174

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,74 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	166
Beobachtete Ereignisse	166

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99

Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

7. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91

Rechnerisches Ergebnis	0,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 0,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	168
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	15,23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</p>

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 0,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	140
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	11,90

9. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87

Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 1,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTiG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	18,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	14,31 - 24,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	216
Beobachtete Ereignisse	41

11. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	16,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,86 - 22,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	174
Beobachtete Ereignisse	29
12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt

	mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	97,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,62 - 98,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	213
Beobachtete Ereignisse	208
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	98,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,97 - 99,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	171
Beobachtete Ereignisse	168

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

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 5,35

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,00

Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 2,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	215
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,62
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu</p>

	dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 - 3,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf</p>

	Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 3,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
18. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an,

Fachlicher Hinweis IQTIG	bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 1,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13822
Beobachtete Ereignisse	61
Erwartete Ereignisse	69,77
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 0,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	13822
Beobachtete Ereignisse	53

20. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,08

Fallzahl

Grundgesamtheit	13822
Beobachtete Ereignisse	5

21. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTiG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 8,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14

Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,19

Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	19,49
Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass

	gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	66,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	45,37 - 82,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,18

Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Rechnerisches Ergebnis	8,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,42 - 17,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,35
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	0,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 1,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTiG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 1,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	492
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen</p>

	Grundlagen* unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 2,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf</p>

	Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 2,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der</p>

	Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 1,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	492
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	9,74
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,86 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für

Fachlicher Hinweis IQTIG	die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 2,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,47
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Rechnerisches Ergebnis	3,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,33 - 6,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	1,65
40. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,44
41. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen</p>

	möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,55 - 1,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	550
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	15,16
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

Fachlicher Hinweis IQTIG	arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	519
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
43. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1,03</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>1,00 - 1,06</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>1,80</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,89 - 3,49</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>78</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>7</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>3,89</p>
<p>44. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>10271</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS</p>
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,83 - 2,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	567
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	6,88
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,49 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
45. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als

Fachlicher Hinweis IQTIG	auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,80
Vertrauensbereich bundesweit	8,58 - 9,02
Rechnerisches Ergebnis	10,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,40 - 20,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen

	möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 0,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 4,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,95 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>48. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen.

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 1,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	7,53
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,74 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54046

Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 2,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
50. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	2,80 - 3,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,78 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .

Fachlicher Hinweis IQTIG	titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	96,45
Vertrauensbereich bundesweit	96,38 - 96,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren</p>

	und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,59 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link</p>

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,68 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link</p>

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 174,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

	Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 889,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
58. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde	
Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97

Vertrauensbereich bundesweit	96,30 - 97,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,19
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,32
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,91 - 97,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,67
Vertrauensbereich bundesweit	99,52 - 99,77
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,13 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	26
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	12,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,66 - 20,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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).

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,95</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,85 - 1,06</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>0,80</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,14 - 4,17</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz</p>
<p>64. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>162301</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>DeQS</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen).</p>

	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,65
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
65. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war	
Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,56
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
-------------------------------	--------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
-----------------	---

Beobachtete Ereignisse	0
------------------------	---

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

Ergebnis-ID	606
--------------------	------------

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
------------------	---

Art des Wertes	TKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
--------------------------	--

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	2,20
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 3,03
------------------------------	-------------

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
------------------------	-------------

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
----------------------	-------------

67. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	51859
--------------------	--------------

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
------------------	---

Art des Wertes	TKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,22
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,62
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
68. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere

	Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,65 - 98,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,29
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,55
Rechnerisches Ergebnis	85,71

Vertrauensbereich Krankenhaus	48,69 - 97,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen</p>

	zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,55
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,77 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer</p>

	Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,35
72. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben	
Ergebnis-ID	162304
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,84
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

73. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTiG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,75
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 2,33
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

74. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,32
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 4,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

75. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt

	mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,93
Vertrauensbereich bundesweit	3,20 - 4,81
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
76. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind	
Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	82,12
Vertrauensbereich bundesweit	81,69 - 82,55
Rechnerisches Ergebnis	96,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,88 - 99,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	54
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,00 %

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

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

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,43
Vertrauensbereich bundesweit	1,36 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	438
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,49
Vertrauensbereich bundesweit	98,40 - 98,58
Rechnerisches Ergebnis	95,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,71 - 98,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	59

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,18
Vertrauensbereich bundesweit	94,65 - 95,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 84,93 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
80. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)	
Ergebnis-ID	212001
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere

	Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	87,40
Vertrauensbereich bundesweit	86,97 - 87,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 63,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung</p>

	der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,36 - 99,57
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der</p>

	anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
83. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)	
Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt

	werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
84. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde	
Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Einheit	%

Bundesergebnis	2,80
Vertrauensbereich bundesweit	2,40 - 3,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,43
Vertrauensbereich bundesweit	97,24 - 97,60
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,30 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
86. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,86
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,76 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
87. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen	

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,53
Vertrauensbereich bundesweit	99,47 - 99,58
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,12 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	52
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	417
-----------------	-----

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	417
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	501

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	79
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	77

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

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	87
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	54
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	33

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Tagschicht	100 %
2	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin - Ebene 5 - Tagschicht	100 %
4	Innere Medizin - Ebene 5 - Nachtschicht	100 %
5	Neurologische Frührehabilitation - FrühReha - Tagschicht	91,67 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
6	Neurologische Frührehabilitation - FrühReha - Nachtschicht	100 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
7	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	91,67 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
8	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	50 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 1 - Tagschicht	66,67 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 1 - Nachtschicht	91,67 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
11	Geriatrie - Station 10 - Tagschicht	100 %
12	Geriatrie - Station 10 - Nachtschicht	100 %
13	Neurologie - Station 11 - Tagschicht	100 %
14	Neurologie - Station 11 - Nachtschicht	100 %
15	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 13 - Tagschicht	100 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
16	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 13 - Nachtschicht	100 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
17	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 14 - Tagschicht	100 %
18	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 14 - Nachtschicht	100 %
19	Rheumatologie - Station 2 - Tagschicht	100 %
20	Rheumatologie - Station 2 - Nachtschicht	100 %
21	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Tagschicht	100 %
22	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Nachtschicht	100 %
23	Allgemeine Chirurgie - Station 4 - Tagschicht	100 %
24	Allgemeine Chirurgie - Station 4 - Nachtschicht	100 %
25	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 5 - Tagschicht	100 %
26	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 5 - Nachtschicht	100 %
27	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6 - Tagschicht	100 %
28	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6 - Nachtschicht	100 %
29	Innere Medizin - Station 7 - Tagschicht	100 %
30	Innere Medizin - Station 7 - Nachtschicht	100 %
31	Neurologie - Station 9 - Tagschicht	100 %
32	Neurologie - Station 9 - Nachtschicht	100 %
33	Neurologische Schlaganfalleinheit - Stroke Unit - Tagschicht	100 %
34	Neurologische Schlaganfalleinheit - Stroke Unit - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Tagschicht	99,45 %
2	Unfallchirurgie - Aufnahmestation - Nachtschicht	99,73 %
3	Innere Medizin - Ebene 5 - Tagschicht	89,04 %
4	Innere Medizin - Ebene 5 - Nachtschicht	85,39 %
5	Neurologische Frührehabilitation - FrühReha - Tagschicht	69,32 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
6	Neurologische Frührehabilitation - FrühReha - Nachtschicht	87,67 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
7	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	65,21 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
8	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	54,25 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 1 - Tagschicht	55,89 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 1 - Nachtschicht	73,97 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
11	Geriatric - Station 10 - Tagschicht	99,45 %
12	Geriatric - Station 10 - Nachtschicht	97,26 %
13	Neurologie - Station 11 - Tagschicht	91,67 %
14	Neurologie - Station 11 - Nachtschicht	94,44 %
15	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 13 - Tagschicht	91,67 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
16	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 13 - Nachtschicht	56,55 % <i>Kurzfristiger, nicht kompensierbarer Krankheitsausfall</i>
17	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 14 - Tagschicht	86,21 %
18	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 14 - Nachtschicht	79,31 %
19	Rheumatologie - Station 2 - Tagschicht	95,62 %
20	Rheumatologie - Station 2 - Nachtschicht	95,62 %
21	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Tagschicht	98,08 %
22	Allgemeine Chirurgie - Station 3 - Nachtschicht	86,58 %
23	Allgemeine Chirurgie - Station 4 - Tagschicht	96,44 %
24	Allgemeine Chirurgie - Station 4 - Nachtschicht	82,19 %
25	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 5 - Tagschicht	84,66 %
26	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 5 - Nachtschicht	81,1 %
27	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6 - Tagschicht	94,25 %
28	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6 - Nachtschicht	72,6 %
29	Innere Medizin - Station 7 - Tagschicht	77,78 %
30	Innere Medizin - Station 7 - Nachtschicht	100 %
31	Neurologie - Station 9 - Tagschicht	90,27 %
32	Neurologie - Station 9 - Nachtschicht	79,64 %
33	Neurologische Schlaganfalleinheit - Stroke Unit - Tagschicht	98,63 %
34	Neurologische Schlaganfalleinheit - Stroke Unit - Nachtschicht	76,99 %

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

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie)

umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Eingereichte Daten je Quartal und Einrichtungstyp

Quartal	Meldung zur Vollständigkeit	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Q1	vollständig	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden
Q2	vollständig	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden
Q3	vollständig	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden
Q4	vollständig	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden

Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung in der Psychosomatik

Quartal	Regionale Pflichtversorgung	Geschlossene Bereiche	24-Stunden-Präsenzdienst
Q1	besteht nicht	nein	nein
Q2	besteht nicht	nein	nein
Q3	besteht nicht	nein	nein
Q4	besteht nicht	nein	nein

Stationsdaten

Stationsdaten in der Psychosomatik

Quartal	Station	Planbetten	Planplätze	Stationstyp	Schwerpunktbehandlung
Q1	Station 13	1	0	E = elektive offene Station	
Q1	Station 14	14	0	E = elektive offene Station	
Q1	Station 9	7	0	E = elektive offene Station	
Q2	Station 13	2	0	E = elektive offene Station	
Q2	Station 14	20	0	E = elektive offene Station	
Q3	Station 13	2	0	E = elektive offene Station	
Q3	Station 14	20	0	E = elektive offene Station	
Q4	Station 13	2	0	E = elektive offene Station	
Q4	Station 14	20	0	E = elektive offene Station	

Behandlungsumfang

Behandlungsumfang in der Psychosomatik

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q1	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	2242
Q2	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	2388
Q3	KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	49
Q3	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	2383
Q4	KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	16
Q4	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	2207

Erfüllung der Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene

Quartal	Mindestvorgaben der Einrichtung erfüllt / Umsetzungsgrad	
	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Q1		
Q2		
Q3		
Q4		

Umsetzungsgrade der Berufsgruppen

Personalausstattung in der Psychosomatik

Quartal	Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung in Stunden
Q1	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1299
Q1	Pflegefachpersonen	5557
Q1	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1934
Q1	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	413
Q1	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	334

Quartal	Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung in Stunden
Q1	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	347
Q2	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1383
Q2	Pflegfachpersonen	2408
Q2	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1808
Q2	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	362
Q2	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	318
Q2	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	356
Q3	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1622
Q3	Pflegfachpersonen	2200
Q3	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	2288
Q3	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	333
Q3	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	341
Q3	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	420
Q4	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1432
Q4	Pflegfachpersonen	1846
Q4	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1742
Q4	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	352
Q4	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	326
Q4	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	364

Ausnahmetatbestände

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein