

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024**

## **Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Juraklinik Scheßlitz**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 3.0 am 17.02.2026 um 15:55 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Einleitung.....                                                                                                       | 4  |
| Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses.....                                                           | 7  |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....                                                                   | 7  |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....                                                                          | 8  |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....                                                      | 8  |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....                                                 | 9  |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....                                               | 10 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....                                                                                | 10 |
| A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....                                                         | 10 |
| A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit .....                                                                              | 10 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....                                                                        | 11 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....                                                                    | 11 |
| A-10 Gesamtfallzahlen.....                                                                                            | 11 |
| A-11 Personal des Krankenhauses .....                                                                                 | 13 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen .....                                                                                      | 13 |
| A-11.2 Pflegepersonal .....                                                                                           | 13 |
| A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik..... | 16 |
| A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal.....                                                                   | 16 |
| A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....                                                                                     | 16 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....                                                                       | 16 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....                                                               | 20 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement .....                                                                                      | 20 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement .....                                                                              | 20 |
| A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....                                                        | 22 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....                                                       | 24 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit.....                                                                            | 24 |
| A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....                                                        | 27 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung .....                                                                           | 28 |
| A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V .....                    | 28 |
| 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....                        | 28 |
| 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....                                                                       | 28 |
| 14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) .....    | 28 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....                                 | 30 |
| B-[1].1 Innere Medizin.....                                                                                           | 30 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten .....                                                   | 30 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                 | 31 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                                     | 33 |
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....                                                                                       | 33 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....                                                                       | 34 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....                                                                      | 35 |
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....                                                                 | 35 |
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....                                        | 35 |
| B-[1].11 Personelle Ausstattung.....                                                                                  | 36 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte .....                                                                                      | 36 |
| B-11.2 Pflegepersonal .....                                                                                           | 36 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....     | 38 |
| B-[2].1 Allgemeine Chirurgie .....                                                                                    | 40 |
| B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten .....                                                   | 40 |
| B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                 | 41 |
| B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                                     | 43 |

|                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| B-[2].6 Diagnosen nach ICD.....                                                                                                       | 43  |
| B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....                                                                                       | 43  |
| B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....                                                                                      | 44  |
| B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....                                                                                 | 44  |
| B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....                                                        | 45  |
| B-[2].11 Personelle Ausstattung.....                                                                                                  | 46  |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte .....                                                                                                      | 46  |
| B-11.2 Pflegepersonal .....                                                                                                           | 46  |
| B-[3].1 Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie .....                                                                              | 49  |
| B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten .....                                                                   | 49  |
| B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                                 | 50  |
| B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                                                     | 50  |
| B-[3].6 Diagnosen nach ICD.....                                                                                                       | 50  |
| B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....                                                                                       | 50  |
| B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....                                                                                      | 50  |
| B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....                                                                                 | 50  |
| B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....                                                        | 50  |
| B-[3].11 Personelle Ausstattung.....                                                                                                  | 51  |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte .....                                                                                                      | 51  |
| B-11.2 Pflegepersonal .....                                                                                                           | 51  |
| B-[4].1 Zentrale Notaufnahme .....                                                                                                    | 52  |
| B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten .....                                                                   | 52  |
| B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                                 | 53  |
| B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....                                                                     | 53  |
| B-[4].6 Diagnosen nach ICD.....                                                                                                       | 53  |
| B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....                                                                                       | 53  |
| B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....                                                                                      | 53  |
| B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....                                                                                 | 53  |
| B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....                                                        | 53  |
| B-[4].11 Personelle Ausstattung.....                                                                                                  | 54  |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte .....                                                                                                      | 54  |
| B-11.2 Pflegepersonal .....                                                                                                           | 54  |
| Teil C - Qualitätssicherung .....                                                                                                     | 55  |
| C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1<br>Nummer 1 SGB V ..... | 55  |
| C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....                                                                   | 55  |
| C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung.....                                                                                          | 58  |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....                                                                | 124 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....                                   | 125 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....                                             | 125 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....                                                 | 125 |
| C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr .....                                                                     | 125 |
| C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr .....                                                                                | 125 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V<br>("Strukturqualitätsvereinbarung") .....  | 125 |
| C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL).....                                                      | 125 |
| C-6.2.1 Beleg zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie.....                                                                       | 126 |
| C-6.2.2 Angaben zur Erfüllung der Mindestanforderungen .....                                                                          | 126 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....                               | 127 |
| C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....                                                                                   | 127 |
| C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): .....                                        | 129 |
| C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....                                      | 129 |

## Einleitung

### Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



*Juraklinik Scheßlitz*

### Einleitungstext

#### Einleitungstext

Die Juraklinik Scheßlitz wird seit 1995 unter der Trägerschaft der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH (GKG) nach gemeinnützigen und wirtschaftlichen Grundsätzen geführt. Die Klinik ist als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit modernster Medizintechnik ausgestattet. Neben einer modernen medizinischen Versorgung gehören auch Seelsorge und Fürsorge zur ganzheitlichen Betreuung unserer Patient\*innen. Qualifizierte pflegerische Betreuung in Verbindung mit hohen Leistungsstandards bei Unterkunft und Verpflegung erleichtern in einer familiären Atmosphäre den Krankenhausaufenthalt. Wahlleistungspatient\*innen stehen bestens ausgestattete Privatstationen mit besonderem Service zur Verfügung.

Der strukturierte Qualitätsbericht entspricht den gesetzlichen Anforderungen und deren Vorgaben zur Offenlegung der wesentlichen Prozess-, Ergebnis- und Strukturkennziffern.

#### Transparenz und Vergleichbarkeit

Der strukturierte Qualitätsbericht bietet den Patient\*innen, niedergelassenen Ärzt\*innen und Krankenkassen einen Überblick über das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Der Qualitätsbericht unterstützt Patient\*innen und niedergelassene Ärzt\*innen, für den Fall eines notwendigen stationären Aufenthaltes das optimale Krankenhaus zu finden.

#### Qualitätsmanagement

Zusätzlich ist in der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH ein umfangreiches Qualitätsmanagementsystem nach EFQM implementiert. In deutschlandweiter Vorreiterrolle erhielt in 2004 die Juraklinik als zweites deutsches Krankenhaus im Akutbereich die Urkunde „Committed to Excellence“ von der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) überreicht. Es folgte in 2013 die erfolgreiche Zertifizierung aller



Unternehmenseinheiten nach den EFQM Grundsätzen. 2019, 2022 und 2025 hat sich die GKG den hohen Anforderungen eines Excellence-Verfahrens gestellt. Im Assessmentverfahren 2025 wurde wiederholt eine hohe Anerkennung für Spitzenleistungen mit "Recognised for Excellence 4 Stars" erreicht. 2025 wurde der außergewöhnliche hohe Leistungsstand der Kliniken mit dem Ludwig Erhard Preis für Business Excellence in Bronze für große Organisationen prämiert. Nach einer erfolgreichen Zertifizierung nach dem "Qualitätssiegel Geriatrie" im Jahr 2022 ist die Juraklinik nun auch Mitglied im Bundesverband Geriatrie e. V..

#### Kooperationen

Als Gründungsmitglied der Klinik-Kompetenz-Bayern eG (KKB) unterstützt die Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH seit 2011 den freiwilligen Verbund von zwischenzeitlich 33 Trägern mit 64 leistungsstarken kommunalen und freigemeinnützigen Kliniken in Bayern. Ziel der eingetragenen Genossenschaft ist die effektive Vernetzung der kommunalen Kliniken. Die Klinik-Kompetenz-Bayern ist eine Denk- und Innovationsplattform für zukunftsfähige, qualitativ hochwertige Klinik- und Versorgungskonzepte. Sie ist Dienstleister für die Mitgliedskliniken mit einem breiten und hochwertigen Angebot an Dienstleistungen für ein modernes Klinikmanagement und als Sprachrohr für die Interessen kommunaler Kliniken in Bayern, auch durch Kooperation mit anderen Verbänden und Organisationen in und außerhalb Bayerns, die gleiche Ziele verfolgen. Den Mitgliedskliniken wird ein kollegialer praxisnaher Wissenstransfer in diversen Projektgruppen und Foren angeboten. Mit rund 13138 Betten im akutstationären Bereich ist die Klinik-Kompetenz Bayern eG ein starker Kooperationspartner.

Ein weiterer wichtiger Partner der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH ist die Gesundheitsregionplus Bamberg. Die Gesundheitsregionplus Bamberg ist eine Arbeitsgemeinschaft (AG) der Stadt und des Landkreises Bamberg und regionalen Akteuren aus dem Gesundheitswesen. Die AG unterstützt Experten aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Wirtschaft sowie Forschung und zeigt auf, wie zukunftsfähige regionale Projekte umgesetzt werden können. Die Region Bamberg ist mit dem Qualitätssiegel „Gesundheitsregion Bayern Plus“ ausgezeichnet. Das Siegel steht für innovative Vernetzung zur Vorsorge und medizinischen Versorgung.

Unter der Trägerschaft der Ärztenossenschaft Gesundheitsnetz Region Bamberg eG wird die Bereitschaftspraxis Scheßlitz geführt. Die Bereitschaftspraxis ist direkt auf dem Gelände der Juraklinik in Scheßlitz angesiedelt. Sie bietet für die Bevölkerung des östlichen Landkreises eine optimierte medizinische Behandlung im Krankheitsfall außerhalb der normalen Öffnungszeiten der niedergelassenen Arztpraxen. Die wichtige Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie die optimale Ressourcennutzung werden durch die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzt\*innen mit den Klinikärzten\*innen durch die Nähe zur Klinik sichergestellt.

Durch Kooperationsverträge mit weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens wie z. B. dem Universitätsklinikum Erlangen oder dem Traumazentrum Bamberg bieten die Kliniken des Landkreises Bamberg vor Ort weitere hochspezialisierte medizinische Leistungen in den Bereichen der Kardiologie und Orthopädie an.

Konsiliarische Leistungen niedergelassener Kollegen\*innen in den Kliniken ergänzen die erfolgreiche Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Diese erweitern durch konsiliarische Leistungen in den Bereichen Orthopädie, Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie Onkologie die Angebote der Kliniken im Landkreis Bamberg.

Das JuraFit der Juraklinik Scheßlitz nimmt als Trainingsstützpunkt am MoSi®-Projekt (Mobilität und Sicherheit im Alter) teil. MoSi® ist ein Trainings- und Präventionsangebot für Menschen mit Gangunsicherheit und ist eine Initiative Gesund.Leben.Bayern des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.

Mit der Aufnahme der GKG in das Programm "Beste Landpartie Allgemeinmedizin, kurz BeLA" bietet die Juraklinik als Lehrkrankenhaus gemeinsam mit Lehrpraxen niedergelassener Allgemeinmediziner\*innen des Landkreises Bamberg eine hochwertige medizinische Fachausbildung im Praktischen Jahr für Allgemeinmedizin an.

Die Beteiligung der GKG an der Hospiz-Akademie Bamberg gGmbH fördert die Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen Bereichen der Hospizarbeit, Palliativpflege und Palliativmedizin. Anfang 2019 gründeten die GKG gemeinsam mit dem Hospizverein Bamberg und weiteren Partnern die Franken Hospiz Bamberg gemeinnützige GmbH. Gegenstand ist der Betrieb eines stationären und teilstationären Kinder-, Jugend- und Erwachsenen Hospizes für junge Menschen mit der Diagnose einer lebensbegrenzenden Erkrankung.

Als eigenständiger Ausbildungsbetrieb für Pflegekräfte garantieren Kooperationen mit Berufsfachschulen und Beteiligungen an Akademien für Pflegeberufe in der Region eine qualifizierte Ausbildung und dienen der Nachhaltigkeit und der Nachwuchsgewinnung in Pflegeberufen.

#### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

|      |               |
|------|---------------|
| Name | Matthias Opel |
|------|---------------|

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| Position | QMB                   |
| Telefon  | 09546 / 88 - 222      |
| Fax      | 09546 / 88 - 200      |
| E-Mail   | m.opel@gkg-bamberg.de |

**Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| Name     | Udo Kunzmann              |
| Position | Geschäftsführer           |
| Telefon  | 09542 / 779 - 111         |
| Fax      | 09542 / 779 - 199         |
| E-Mail   | u.kunzmann@gkg-bamberg.de |

**Weiterführende Links**

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| URL zur Homepage              | <a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| URL für weitere Informationen | <a href="http://www.gkg-bamberg.de">http://www.gkg-bamberg.de</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Weitere Links                 | <ul style="list-style-type: none"><li>◦ <a href="https://www.bamberg.gesundheitsregion-plus.de">https://www.bamberg.gesundheitsregion-plus.de</a> ( Gesundheitsregion plus Bamberg )</li><li>◦ <a href="http://www.klinik-kompetenz-bayern.de">http://www.klinik-kompetenz-bayern.de</a> ( Klinik-Kompetenz-Bayern )</li><li>◦ <a href="http://www.hospiz-akademie.de">http://www.hospiz-akademie.de</a> ( Hospiz-Akademie Bamberg gGmbH )</li><li>◦ <a href="http://www.gesundheitsnetzregionbamberg.de">http://www.gesundheitsnetzregionbamberg.de</a> ( Gesundheitsnetz Region Bamberg eG )</li></ul> |

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

|                         |                                                                   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Name                    | Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH |
| Institutionskennzeichen | 260940256                                                         |
| Hausanschrift           | Oberend 29<br>96110 Scheßlitz                                     |
| Postanschrift           | Oberend 29<br>96110 Scheßlitz                                     |
| Telefon                 | 09542 / 779 - 0                                                   |
| E-Mail                  | info@gkg-bamberg.de                                               |
| Internet                | http://www.gkg-bamberg.de                                         |

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name            | Position            | Telefon           | Fax               | E-Mail                   |
|-----------------|---------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Michael Zachert | Ärztlicher Direktor | 09542 / 779 - 401 | 09542 / 779 - 403 | m.zachert@gkg-bamberg.de |

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name           | Position                        | Telefon           | Fax               | E-Mail                  |
|----------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|
| Herbert Pflaum | Zentraler<br>Pflegedienstleiter | 09542 / 779 - 134 | 09542 / 779 - 199 | h.pflaum@gkg-bamberg.de |
| Jasmin Demant  | Pflegedienstleitung             | 09542 / 779 - 329 | 09542 / 779 - 199 | j.demant@gkg-bamberg.de |

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name         | Position        | Telefon           | Fax               | E-Mail                    |
|--------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| Udo Kunzmann | Geschäftsführer | 09542 / 779 - 111 | 09542 / 779 - 199 | u.kunzmann@gkg-bamberg.de |

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

|                                               |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                                          | Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH -<br>Betriebsstätte Juraklinik Scheßlitz |
| Institutionskennzeichen                       | 260940256                                                                                                  |
| Standortnummer aus dem<br>Standortverzeichnis | 772340000                                                                                                  |
| Hausanschrift                                 | Oberend 29<br>96110 Scheßlitz                                                                              |
| Postanschrift                                 | Oberend 29<br>96110 Scheßlitz                                                                              |
| Internet                                      | https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/                                                                  |

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

| Name            | Position            | Telefon           | Fax               | E-Mail                   |
|-----------------|---------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Michael Zachert | Ärztlicher Direktor | 09542 / 779 - 401 | 09542 / 779 - 403 | m.zachert@gkg-bamberg.de |

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

| Name           | Position                        | Telefon           | Fax               | E-Mail                  |
|----------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|
| Herbert Pflaum | zentraler<br>Pflegedienstleiter | 09542 / 779 - 134 | 09542 / 779 - 199 | h.pflaum@gkg-bamberg.de |

| Name          | Position            | Telefon           | Fax               | E-Mail                  |
|---------------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|
| Jasmin Demant | Pflegedienstleitung | 09542 / 779 - 329 | 09542 / 779 - 199 | j.demant@gkg-bamberg.de |

#### Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

| Name           | Position                                       | Telefon           | Fax               | E-Mail                    |
|----------------|------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| Udo Kunzmann   | Geschäftsführer                                | 09542 / 779 - 111 | 09542 / 779 - 199 | u.kunzmann@gkg-bamberg.de |
| Harald Poßer   | stv. Geschäftsführer / Kfm. Leiter             | 09542 / 779 - 114 | 09542 / 779 - 199 | h.posser@gkg-bamberg.de   |
| Sebastian Götz | stv. Geschäftsführer / Betriebsleiter Kliniken | 09542 / 779 - 107 | 09542 / 779 - 199 | s.goetz@gkg-bamberg.de    |

#### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

|      |                                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------|
| Name | Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH |
| Art  | öffentlich                                                        |

#### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

|                 |                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------|
| Lehrkrankenhaus | Akademisches Lehrkrankenhaus                        |
| Universität     | ◦ Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg |



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot                                                              | Kommentar / Erläuterung                                                                                                           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare                                                                |                                                                                                                                   |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie                                                                                 |                                                                                                                                   |
| MP06 | Basale Stimulation                                                                                      |                                                                                                                                   |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung                                                                  |                                                                                                                                   |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden                                                  |                                                                                                                                   |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie                                                                         |                                                                                                                                   |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)                                                        |                                                                                                                                   |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker                                          |                                                                                                                                   |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung                                                                            |                                                                                                                                   |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege                                                      |                                                                                                                                   |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie                                                                            |                                                                                                                                   |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage                                                                                   |                                                                                                                                   |
| MP21 | Kinästhetik                                                                                             |                                                                                                                                   |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung                                                                   |                                                                                                                                   |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage                                                                                  |                                                                                                                                   |
| MP25 | Massage                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie                                                                 |                                                                                                                                   |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie                                                                    | ohne Bewegungsbad                                                                                                                 |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie                                    |                                                                                                                                   |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik                                                     |                                                                                                                                   |
| MP37 | Schmerztherapie/-management                                                                             |                                                                                                                                   |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen          | Sturzprophylaxe                                                                                                                   |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot                                                               |                                                                                                                                   |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie                                                                     |                                                                                                                                   |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung                                                                                 |                                                                                                                                   |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik                                                           | über externen Dienstleister                                                                                                       |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen                                                                             |                                                                                                                                   |
| MP51 | Wundmanagement                                                                                          |                                                                                                                                   |
| MP53 | Aromapflege/-therapie                                                                                   |                                                                                                                                   |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining                     |                                                                                                                                   |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)                                                        |                                                                                                                                   |
| MP63 | Sozialdienst                                                                                            |                                                                                                                                   |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit                                                               | z. B. Informationsveranstaltungen, Vortragsreihen, Teilnahme an Ausbildungsbörsen, Messen, Ferienangeboten, BoysDay, KKB-Infotage |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | mit den zum Unternehmensverbund gehörenden Pflegeeinrichtungen und einem ambulanten Pflegedienst                                  |

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Leistungsangebot                                                                                                                                       | URL | Kommentar / Erläuterung                                                                                                                                                                               |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer                                                                                                                                        |     |                                                                                                                                                                                                       |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle                                                                                                                  |     | auf räumlich getrennter Privatstation                                                                                                                                                                 |
| NM05 | Mutter-Kind-Zimmer                                                                                                                                     |     |                                                                                                                                                                                                       |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)                                                                                                    |     | auf Wunsch bzw. bei medizinischer Notwendigkeit                                                                                                                                                       |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer                                                                                                                                       |     |                                                                                                                                                                                                       |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle                                                                                                                 |     | auf räumlich getrennter Privatstation                                                                                                                                                                 |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung                                                                                                                       |     | es finden regelmäßig katholische und evangelische Gottesdienste statt                                                                                                                                 |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten                                                                                             |     | Fachärztliche Veranstaltungsreihen                                                                                                                                                                    |
| NM50 | Kinderbetreuung                                                                                                                                        |     |                                                                                                                                                                                                       |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                                                       |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen                                                                                                     |     |                                                                                                                                                                                                       |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) |     | Gebührenfreie Parkplätze, kostenloses Fernsehen und Nachmittagskaffee. Unter <a href="https://gkg-bamberg.de/service">https://gkg-bamberg.de/service</a> stehen Wahlleistungsbroschüren zum Download. |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

|                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Name                          | Anton Heinert                       |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Patientenfürsprecher                |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 177                   |
| Fax                           | 09542 / 779 - 199                   |
| E-Mail                        | patientensprecher.jk@gkg-bamberg.de |

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit                                                                                     | Kommentar / Erläuterung                                           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |                                                                   |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung                                  |                                                                   |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen                                                         |                                                                   |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen                                                               |                                                                   |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)                                                               |                                                                   |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher                                                      |                                                                   |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung                                           | in der Akutgeriatrie                                              |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung                           | Mitarbeiter der Inneren Medizin mit Zusatzweiterbildung Geriatrie |

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit                                                                                                        | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                             |                         |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                             |                         |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße           |                         |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |                         |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                                  |                         |
| BF24 | Diätische Angebote                                                                                                                 |                         |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal                                                                            |                         |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung                                                                           |                         |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen                            |                         |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige                                                                                                       |                         |
| BF39 | „Informationen zur Barrierefreiheit“ auf der Internetseite des Krankenhauses                                                       |                         |
| BF40 | Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage                                                 |                         |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme                                                                              |                         |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                |                         |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen                                          | Kommentar / Erläuterung                                                     |
|------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut  | durch Bereitstellung von praktischen Ausbildungseinsätzen                   |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) | in Kooperation mit der Bamberger Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe |
| HB15 | Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA) | in Kooperation mit der Bamberger Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer                              |                                                                             |
| HB18 | Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)            | durch Bereitstellung von praktischen Ausbildungseinsätzen                   |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner                                      |                                                                             |

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Anzahl der Betten | 130 |
|-------------------|-----|

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 5085 |
|-------------------------|------|

|                                                                        |      |
|------------------------------------------------------------------------|------|
| Teilstationäre Fallzahl                                                | 0    |
| Ambulante Fallzahl                                                     | 8066 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten<br>psychiatrischen Behandlung (StäB) | 0    |

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 35,52 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 6,00  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 29,52 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                           | 35,52 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|                                                                                      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                                                           | 16,46 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 6,00  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 10,46 |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                                                                | 16,46 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

|                 |   |
|-----------------|---|
| Anzahl Personen | 0 |
|-----------------|---|

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 0,00 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 0,00 |

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 98,35 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 20,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 77,85 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00  |



|                       |       |
|-----------------------|-------|
| Stationäre Versorgung | 98,35 |
|-----------------------|-------|

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 19,12 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,90  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 15,22 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                           | 19,12 |

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 1,28 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,92 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,36 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,28 |

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 1,13 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,13 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,13 |

**Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 1,91 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,91 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,91 |

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 2,41 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,75 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,66 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 2,41 |

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Stationäre Versorgung | 0,50 |
|-----------------------|------|

#### **Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 0,82 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,82 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 0,82 |

#### **Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 1,24 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,24 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,24 |

#### **davon ohne Fachabteilungszuordnung**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,24 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,24 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,24 |

#### **Medizinische Fachangestellte**

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 20,04 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 2,67  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 17,37 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                           | 20,04 |

#### **davon ohne Fachabteilungszuordnung**

|                                                                                      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 18,44 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 2,67  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 15,77 |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                                                                | 18,44 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

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

#### **A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal**

##### **Psychologische Psychotherapeuten**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,08 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,08 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 0,08 |

#### **Ergotherapeuten**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,48 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,48 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,48 |

#### **SSozialarbeiter und Sozialpädagogen**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,24 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,82 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,42 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,24 |

### **A-11.3.2 Genesungsbegleitung**

#### **Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter**

Anzahl Personen

### **A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

|                                                 |                                          |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Diätassistentin und Diätassistent (SP04) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,15                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,15                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |
| Stationäre Versorgung                           | 1,15                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |

|                                                 |                                          |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,48                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,48                                     |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                          |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                     |

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Kommentar / Erläuterung |      |
| Stationäre Versorgung   | 1,48 |
| Kommentar / Erläuterung |      |

|                                                 |                                                                                      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Masseurin/Medizinische Bademeisterin und<br>Masseur/Medizinischer Bademeister (SP15) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 2,88                                                                                 |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,73                                                                                 |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,15                                                                                 |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                      |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                                                 |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                      |
| Stationäre Versorgung                           | 2,88                                                                                 |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                      |

|                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 5,89                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                              |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,75                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                              |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 5,14                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                              |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                              |
| Stationäre Versorgung                           | 5,89                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                              |

|                                                 |                                                                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer<br>Psychotherapeut (SP24) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,08                                                                           |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00                                                                           |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,08                                                                           |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                                           |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                |
| Stationäre Versorgung                           | 0,08                                                                           |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                |

|                                                |                                           |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal            | Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26) |
| Anzahl Vollkräfte                              | 1,24                                      |
| Kommentar / Erläuterung                        |                                           |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,82                                      |
| Kommentar / Erläuterung                        |                                           |

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,42 |
| Kommentar / Erläuterung                         |      |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Kommentar / Erläuterung                         |      |
| Stationäre Versorgung                           | 1,24 |
| Kommentar / Erläuterung                         |      |

|                                                 |                                                              |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 3,47                                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                              |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 2,57                                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                              |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,90                                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                              |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                              |
| Stationäre Versorgung                           | 3,47                                                         |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                              |

|                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 5,85                                                      |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                           |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,95                                                      |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                           |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 3,90                                                      |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                           |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                      |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                           |
| Stationäre Versorgung                           | 5,85                                                      |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                           |

|                                                 |                                                               |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,07                                                          |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                               |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00                                                          |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                               |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,07                                                          |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                               |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                          |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                               |
| Stationäre Versorgung                           | 1,07                                                          |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                               |

|                                                 |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und<br>Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)<br>(SP55) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 6,13                                                                                                                   |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,45                                                                                                                   |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,68                                                                                                                   |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                        |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                                                                                   |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                        |
| Stationäre Versorgung                           | 6,13                                                                                                                   |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                        |

|                                                 |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und<br>Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)<br>(SP56) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 3,70                                                                                                             |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,00                                                                                                             |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,70                                                                                                             |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                  |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                                                                             |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                  |
| Stationäre Versorgung                           | 3,70                                                                                                             |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                                                                                  |

|                                                 |                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Spezielles therapeutisches Personal             | Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61) |
| Anzahl Vollkräfte                               | 9,16                                                |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                     |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 6,27                                                |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                     |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,89                                                |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                     |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00                                                |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                     |
| Stationäre Versorgung                           | 9,16                                                |
| Kommentar / Erläuterung                         |                                                     |



## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| Name                          | Sabine Göpfert            |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | QMB                       |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 162         |
| Fax                           | 09542 / 779 - 199         |
| E-Mail                        | s.goepfert@gkg-bamberg.de |

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

|                                            |                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | QM-Steuerkreis alle zwei Wochen für die Gesamtorganisation |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | andere Frequenz                                            |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| Name                          | Udo Kunzmann              |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführer           |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 111         |
| Fax                           | 09542 / 779 - 100         |
| E-Mail                        | u.kunzmann@gkg-bamberg.de |

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführung |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | bei Bedarf       |

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr.  | Instrument / Maßnahme                                                                                                       | Zusatzangaben                                          |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen                                                                            |                                                        |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen                                                                                                      |                                                        |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement                                                                                                | Statut Zentrale Notaufnahme JK (D03782)<br>2024-04-18  |
| RM05 | Schmerzmanagement                                                                                                           | Standard Schmerzmanagement (D03034)<br>2024-07-09      |
| RM06 | Sturzprophylaxe                                                                                                             | Standard Sturzprophylaxe (D03030)<br>2024-07-09        |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Standard Dekubitusprophylaxe (D03027)<br>2024-07-09    |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen                                                                       | Freiheitsentziehenden Maßnahmen (D05112)<br>2025-02-06 |

| Nr.  | Instrument / Maßnahme                                                                                  | Zusatzangaben                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten                                          | Organisationsrichtlinie für die Umsetzung des MPG und die MPBetreibV (D00381)<br>2025-08-05                                                                                                                                                              |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen                       | <input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen<br><input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br><input checked="" type="checkbox"/> Palliativbesprechungen<br><input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | TMDA 2023<br>2023-12-15                                                                                                                                                                                                                                  |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde                                            | OP-Sicherheitscheckliste<br>2023-03-10                                                                                                                                                                                                                   |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen                               | OP-Sicherheitscheckliste<br>2023-03-10                                                                                                                                                                                                                   |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung                                                | Anästhesiologische Standards im Aufwachraum nach DGAI Pflegestandard OP SOP Schema Aufwachraum (D05896)<br>2025-06-18                                                                                                                                    |
| RM18 | Entlassungsmanagement                                                                                  | Standard Entlassungsmanagement (D04228)<br>2024-07-09                                                                                                                                                                                                    |

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

|                                                                                                            |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Ja         |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja         |
| Tagungsfrequenz                                                                                            | bei Bedarf                                     |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | Schulung Pflegedienst zum Thema Haftungsfragen |

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr.  | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem                                                                                                             | Zusatzangaben |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen                                                                                                   | bei Bedarf    |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | monatlich     |

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

|                                                                           |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem           | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz                                                           | bei Bedarf                             |

#### Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

| Nummer | Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem |
|--------|----------------------------------------------|
| EF00   | Sonstiges www.üfms.de, Kubicum GmbH          |

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Krankenhaushygieniker und<br>Krankenhaushygienikerinnen      | 1                                      |
| Hygienebeauftragte Ärzte und<br>hygienebeauftragte Ärztinnen | 4                                      |
| Hygienefachkräfte (HFK)                                      | 2                                      |
| Hygienebeauftragte in der Pflege                             | 9                                      |
| Eine Hygienekommission wurde<br>eingesetzt                   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz der<br>Hygienekommission                     | halbjährlich                           |

### Vorsitzender der Hygienekommission

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Name                          | Michael Zachert          |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor      |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 401        |
| Fax                           | 09542 / 779 - 403        |
| E-Mail                        | m.zachert@gkg-bamberg.de |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

|                                                                     |                                        |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?               | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

#### Der Standard thematisiert insbesondere

|                                                                                                |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Hygienische Händedesinfektion                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem<br>Hautantiseptikum | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Beachtung der Einwirkzeit                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe                                        | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel                                           | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfschutzhülle                                           | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz                                         | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission<br>autorisiert?       | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

#### Standard Liegedauer ZVK

|                                                                                                             |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen<br>Venenkathetern liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission<br>autorisiert?                    | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

|                                                                              |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?             | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

|                                                                                                                        |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?                                         | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

#### Der Standard thematisiert insbesondere

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?                                                                                                                                                                                                     | teilweise                              |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 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? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

|                                                                                |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

|                                                                                                                                    |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)                                            | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion                            | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

|                                                                                                 |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen                                  | 24,89 ml/Patiententag                  |
| Ist eine Intensivstation vorhanden?                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen                                   | 73,78 ml/Patiententag                  |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?              | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )           | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?

☒ ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr.  | Hygienebezogene Maßnahme                                                                                                | Zusatzangaben                                                         | Kommentar / Erläuterung |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Regionales Netzwerk ÖGD; Hygienetzwerk Oberfranken; KKB Hygienezirkel |                         |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten                                           | jährlich                                                              |                         |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen                                              | jährlich                                                              |                         |

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. ☒ ja

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement ☒ ja

(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)  
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden ☒ ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden ☒ ja

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert ☒ ja

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt ☒ Ja

Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt ☒ Ja

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren ☒ ja

Patientenbefragungen ☒ ja

Einweiserbefragungen ☒ ja durch persönlichen Kontakt

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name          | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon          | Fax              | E-Mail                |
|---------------|-------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| Matthias Opel | QMB                           | 09546 / 88 - 222 | 09546 / 88 - 200 | m.opel@gkg-bamberg.de |

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

| Name          | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon           | Fax | E-Mail                              |
|---------------|-------------------------------|-------------------|-----|-------------------------------------|
| Anton Heinert | Patientenfürsprecher          | 09542 / 779 - 177 |     | patientensprecher.jk@gkg-bamberg.de |

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

|                                                                                                                                                   |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? | ja – Arzneimittelkommission |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Name                          | Michael Zachert          |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor      |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 401        |
| Fax                           | 09542 / 779 - 403        |
| E-Mail                        | m.zachert@gkg-bamberg.de |

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

|                                           |                       |
|-------------------------------------------|-----------------------|
| Anzahl Apotheker                          | 2                     |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 5                     |
| Kommentar / Erläuterung                   | über externe Apotheke |

### 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, zum Beispiel 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.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste) sowie zur Dokumentation sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr.  | Instrument / Maßnahme                                                                                                                                                                                                                | Zusatzangaben                                                                                                                                                                           | Erläuterung                                                        |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder                                   |                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese                                                                                                                                                                      | Medikation (D05029)<br>2025-01-08                                                                                                                                                       | Medikationsprozess ist im Krankenhausinformationssystem integriert |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)   | Medikation (D05029)<br>2025-01-08                                                                                                                                                       | Medikationsprozess ist im Krankenhausinformationssystem integriert |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis                                                                                                                                                                                                      | DA_Dienstanweisung zur Verordnung und Ausgabe von Medikamenten_04_17 (D02251)<br>2024-01-15                                                                                             |                                                                    |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)                                                 |                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)                                                                           |                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal<br><input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen | z. B. bei Zytostatika                                              |



| Nr.  | Instrument / Maßnahme                                                                       | Zusatzangaben                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Erläuterung |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | <input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)<br><input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)<br>Software mit Freigabe- und Plausibilitätsprüfung                                  |             |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen<br><input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<br><input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)                                                                                                              |             |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung         | <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<br><input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans<br><input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |             |

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 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 unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen? ☒ ja In der zentralen Notaufnahme werden Mitarbeiter zu Vorgehensweisen bei Missbrauch und Gewalt sensibilisiert.

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? ☒ Ja nur im sehr geringen Umfang

**Nr.** **Instrument / Maßnahme** **Zusatzangaben** **Erläuterung**

SK01 Informationsgewinnung zur Thematik

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte                    | Umgangssprachliche Bezeichnung                                                           | 24h Notf. | Kommentar / Erläuterung                            |
|------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA (X)            | Gerät zur Gefäßdarstellung                                                               | Ja        |                                                    |
| AA08 | Computertomograph (CT) (X)           | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen                              | Ja        |                                                    |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X)  | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)                                     | Ja        |                                                    |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X)    | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder | Ja        | in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen     |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor (X)           | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße                      | Nein      | in der Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach |
| AA71 | Roboterassistiertes Chirurgie-System | Operationsroboter                                                                        | Ja        |                                                    |
| AA72 | 3D-Laparoskopie-System               | Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation      | Ja        |                                                    |

### A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V

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

#### 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

| Notfallstufe des Krankenhauses | Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe | Modul der speziellen Notfallversorgung |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Stufe 1                        | Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe           |                                        |

#### 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

#### 14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den

---

**Notfallstrukturen)**

|                                                                                                                                                                                                                                 |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.                                                                                      | Ja   |
| Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. | Nein |

## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 Innere Medizin

#### Angaben zur Fachabteilung

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name der Organisationseinheit /<br>Fachabteilung | Innere Medizin                                                                                                                                                                                                            |
| Fachabteilungsschlüssel                          | 0100                                                                                                                                                                                                                      |
| Art der Abteilung                                | Hauptabteilung                                                                                                                                                                                                            |
| Weitere Fachabteilungsschlüssel                  | <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie ( 0102 )</li><li>◦ Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie ( 0104 )</li><li>◦ Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie ( 0107 )</li></ul> |

#### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                          | Dieter Höger                                                                                      |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                                                                                          |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 441                                                                                 |
| Fax                           | 09542 / 779 - 442                                                                                 |
| E-Mail                        | d.hoeger@gkg-bamberg.de                                                                           |
| Strasse / Hausnummer          | Oberend 29                                                                                        |
| PLZ / Ort                     | 96110 Scheßlitz                                                                                   |
| URL                           | <a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/</a> |

|                               |                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                          | Wanja Renner                                                                                      |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                                                                                          |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 441                                                                                 |
| Fax                           | 09542 / 779 - 442                                                                                 |
| E-Mail                        | w.renner@gkg-bamberg.de                                                                           |
| Strasse / Hausnummer          | Oberend 29                                                                                        |
| PLZ / Ort                     | 96110 Scheßlitz                                                                                   |
| URL                           | <a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/</a> |

### B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden  
Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die ☒ Ja  
Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V  
Kommentar / Erläuterung

### B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                                                 | Kommentar / Erläuterung                                                  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| VC05 | Schrittmachereingriffe                                                                         |                                                                          |
| VC06 | Defibrillatoreingriffe                                                                         |                                                                          |
| VC10 | Eingriffe am Perikard                                                                          |                                                                          |
| VC62 | Portimplantation                                                                               |                                                                          |
| VC71 | Notfallmedizin                                                                                 |                                                                          |
| VD01 | Diagnostik und Therapie von Allergien                                                          |                                                                          |
| VD02 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen            |                                                                          |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren                                                        | z. B. Photodynamische Tumorthherapie                                     |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut                             |                                                                          |
| VD05 | Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen                                                |                                                                          |
| VD06 | Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten                                    |                                                                          |
| VD07 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen                                            |                                                                          |
| VD09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde                                 | z. B. Schweiß- und Talgdrüsenenerkrankungen                              |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut                       | z. B. aus Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen                 |
| VD20 | Wundheilungsstörungen                                                                          |                                                                          |
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie                                                                  |                                                                          |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege                                    |                                                                          |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege                                                       |                                                                          |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen                                  |                                                                          |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen                                                   |                                                                          |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       | z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA) |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |                                                                          |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |                                                                          |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |                                                                          |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten         |                                                                          |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten                                      |                                                                          |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    |                                                                          |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen                                                 |                                                                          |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen                                       |                                                                          |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten                 | z. B. Diabetes, Schilddrüse                                              |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)            |                                                                          |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs                                      |                                                                          |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums                                        |                                                                          |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas                 |                                                                          |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge                            |                                                                          |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura                                             |                                                                          |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen                                     |                                                                          |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen                                         | z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs                            |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                                                               | Kommentar / Erläuterung                     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten                                          |                                             |
| VI20 | Intensivmedizin                                                                                              |                                             |
| VI21 | Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation                                        |                                             |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien                                                                        |                                             |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |                                             |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen                                                       |                                             |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen                                              |                                             |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis                                                                         |                                             |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen                                                            |                                             |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen                                                            |                                             |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen                                                              |                                             |
| VI35 | Endoskopie                                                                                                   | z. B. auch Kapselendoskopie                 |
| VI38 | Palliativmedizin                                                                                             |                                             |
| VI39 | Physikalische Therapie                                                                                       |                                             |
| VI40 | Schmerztherapie                                                                                              |                                             |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen                                                                      | z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn        |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen                                                   |                                             |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen                                           |                                             |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen                                                   |                                             |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen                                                |                                             |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden                                                                    |                                             |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute                                                       |                                             |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen                              |                                             |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems                                      |                                             |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems          |                                             |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen                               |                                             |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin                                                                   |                                             |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen                                                       |                                             |
| VN23 | Schmerztherapie                                                                                              |                                             |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien                                                                    |                                             |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes                                               |                                             |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens                                     |                                             |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens                            |                                             |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln                                                          |                                             |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes                                       |                                             |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien                                                  |                                             |
| VP00 | Alkoholentgiftungstherapien (offener Entzug)                                                                 |                                             |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen                 | z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen                             |                                             |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                              | Kommentar / Erläuterung                                                                                                                    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen        |                                                                                                                                            |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen                                             |                                                                                                                                            |
| VR02 | Native Sonographie                                                          |                                                                                                                                            |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie                                          |                                                                                                                                            |
| VR04 | Duplexsonographie                                                           |                                                                                                                                            |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel                                              |                                                                                                                                            |
| VR08 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung                     |                                                                                                                                            |
| VR09 | Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren                         | z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ                                             |                                                                                                                                            |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel                                 |                                                                                                                                            |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren                                  |                                                                                                                                            |
| VR15 | Arteriographie                                                              |                                                                                                                                            |
| VR16 | Phlebographie                                                               |                                                                                                                                            |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ                                      | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen                                                                                       |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel                          | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen                                                                                       |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren                           | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen                                                                                       |
| VR25 | Knochendichtemessung (alle Verfahren)                                       |                                                                                                                                            |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung                        |                                                                                                                                            |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenerkrankungen        |                                                                                                                                            |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz                              |                                                                                                                                            |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis                                    |                                                                                                                                            |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters |                                                                                                                                            |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems           |                                                                                                                                            |
| VU15 | Dialyse                                                                     |                                                                                                                                            |
| VU18 | Schmerztherapie                                                             |                                                                                                                                            |

### B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2843 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung                                                    |
|------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| I50              | 193      | Herzinsuffizienz                                                          |
| I10              | 105      | Essentielle (primäre) Hypertonie                                          |
| K29              | 104      | Gastritis und Duodenitis                                                  |
| J18              | 103      | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet                                 |
| I48              | 97       | Vorhofflimmern und Vorhofflattern                                         |
| D12              | 94       | Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus |
| S72              | 78       | Fraktur des Femurs                                                        |
| R55              | 75       | Synkope und Kollaps                                                       |
| E86              | 74       | Volumenmangel                                                             |



| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung                                                                                              |
|------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A09              | 73       | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| J44              | 68       | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit                                                                     |
| N39              | 67       | Sonstige Krankheiten des Harnsystems                                                                                |
| J22              | 60       | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet                                                        |
| A49              | 57       | Bakterielle Infektion nicht näher bestimmter Lokalisation                                                           |
| R07              | 47       | Hals- und Brustschmerzen                                                                                            |
| F10              | 45       | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol                                                                    |
| J20              | 44       | Akute Bronchitis                                                                                                    |
| T78              | 42       | Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert                                                        |
| S32              | 40       | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens                                                                       |
| K92              | 39       | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems                                                                          |
| K59              | 38       | Sonstige funktionelle Darmstörungen                                                                                 |
| J10              | 32       | Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren                                                                 |
| K57              | 32       | Divertikelkrankheit des Darmes                                                                                      |
| D50              | 30       | Eisenmangelanämie                                                                                                   |
| A08              | 29       | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen                                                        |
| I21              | 29       | Akuter Myokardinfarkt                                                                                               |
| K80              | 28       | Cholelithiasis                                                                                                      |
| B99              | 26       | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten                                                          |
| N13              | 26       | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie                                                                           |
| R10              | 25       | Bauch- und Beckenschmerzen                                                                                          |

## B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung                                                                                            |
|----------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9-984          | 1016   | Pflegebedürftigkeit                                                                                               |
| 1-632          | 618    | Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie                                                                        |
| 8-930          | 538    | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3-200          | 411    | Native Computertomographie des Schädels                                                                           |
| 1-440          | 379    | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas                                        |
| 1-650          | 379    | Diagnostische Koloskopie                                                                                          |
| 3-225          | 332    | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel                                                               |
| 5-469          | 313    | Andere Operationen am Darm                                                                                        |
| 3-222          | 296    | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel                                                                 |
| 5-452          | 206    | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes                                              |
| 8-550          | 191    | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung                                                                 |
| 8-98g          | 182    | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern        |
| 3-052          | 167    | Transösophageale Echokardiographie [TEE]                                                                          |
| 8-800          | 154    | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat                                       |
| 1-444          | 121    | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt                                                                  |
| 3-203          | 109    | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark                                                         |
| 8-831          | 106    | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße                                           |
| 5-513          | 103    | Endoskopische Operationen an den Gallengängen                                                                     |
| 1-620          | 97     | Diagnostische Tracheobronchoskopie                                                                                |
| 1-275          | 96     | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung                                                                    |
| 8-810          | 92     | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen                                |
| 8-640          | 75     | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus                                               |
| 8-837          | 73     | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen                                               |
| 1-651          | 65     | Diagnostische Sigmoidoskopie                                                                                      |
| 1-642          | 61     | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege                                                 |

| OPS-301<br>Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung                        |
|-------------------|--------|-----------------------------------------------|
| 1-710             | 57     | Ganzkörperplethysmographie                    |
| 3-202             | 53     | Native Computertomographie des Thorax         |
| 5-489             | 48     | Andere Operation am Rektum                    |
| 8-706             | 48     | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8-83b             | 44     | Zusatzinformationen zu Materialien            |

#### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr.  | Art der Ambulanz                                     | Bezeichnung der Ambulanz | Angeboteene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| AM08 | Notfallambulanz (24h)                                |                          |                        |                         |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |                          |                        |                         |

#### B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung                                            |
|------------|--------|-------------------------------------------------------------------|
| 1-642      | 6      | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege |
| 3-053      | < 4    | Endosonographie des Magens                                        |
| 3-054      | < 4    | Endosonographie des Duodenums                                     |
| 1-640      | < 4    | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege               |
| 3-051      | < 4    | Endosonographie des Ösophagus                                     |
| 3-056      | < 4    | Endosonographie des Pankreas                                      |

#### B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

|                                                            |                                          |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| stationäre BG-Zulassung                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

|                                                 |           |
|-------------------------------------------------|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 16,82     |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,00      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 13,82     |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00      |
| Stationäre Versorgung                           | 16,82     |
| Fälle je VK/Person                              | 169,02497 |

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 6,43      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 3,00      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 3,43      |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00      |
| Stationäre Versorgung                                                                | 6,43      |
| Fälle je VK/Person                                                                   | 442,14618 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00     |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin                                                      |                         |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie                                |                         |
| AQ29 | Innere Medizin und Nephrologie                                      |                         |
| AQ63 | Allgemeinmedizin                                                    |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung                                                | Kommentar / Erläuterung |
| ZF09 | Geriatric                                                           |                         |
| ZF14 | Infektiologie                                                       |                         |
| ZF28 | Notfallmedizin                                                      |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

|                                                 |          |
|-------------------------------------------------|----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 50,18    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 10,29    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 39,89    |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00     |
| Stationäre Versorgung                           | 50,18    |
| Fälle je VK/Person                              | 56,65603 |

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

|                                                |      |
|------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                              | 0,75 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,54 |

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,21       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,75       |
| Fälle je VK/Person                              | 3790,66666 |

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,66       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,66       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,66       |
| Fälle je VK/Person                              | 4307,57575 |

#### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,12       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,12       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 1,12       |
| Fälle je VK/Person                              | 2538,39285 |

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,12       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,73       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,39       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 1,12       |
| Fälle je VK/Person                              | 2538,39285 |

#### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,48       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,48       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,48       |
| Fälle je VK/Person                              | 5922,91666 |

#### Medizinische Fachangestellte

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,94 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,94 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 0,94 |

|                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Fälle je VK/Person                                                                   | 3024,46808 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50      |

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                    |                         |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs                              |                         |
| PQ11 | Pflege in der Nephrologie                                         |                         |
| PQ12 | Notfallpflege                                                     |                         |
| PQ13 | Hygienefachkraft                                                  |                         |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                  |                         |
| PQ18 | Pflege in der Endoskopie                                          |                         |
| PQ20 | Praxisanleitung                                                   |                         |
| PQ22 | Intermediate Care Pflege                                          |                         |
| Nr.  | Zusatzqualifikation                                               | Kommentar / Erläuterung |
| ZP01 | Basale Stimulation                                                |                         |
| ZP07 | Geriatrie                                                         |                         |
| ZP08 | Kinästhetik                                                       |                         |
| ZP14 | Schmerzmanagement                                                 |                         |
| ZP15 | Stomamanagement                                                   |                         |
| ZP16 | Wundmanagement                                                    |                         |
| ZP20 | Palliative Care                                                   |                         |

### B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

|                                                 |             |
|-------------------------------------------------|-------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,08        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,08        |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00        |
| Stationäre Versorgung                           | 0,08        |
| Fälle je VK/Person                              | 35537,50000 |

#### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,48       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,48       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 1,48       |
| Fälle je VK/Person                              | 1920,94594 |

#### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,24 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,82 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,42 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Stationäre Versorgung | 1,24       |
| Fälle je VK/Person    | 2292,74193 |

## B-[2].1 Allgemeine Chirurgie

### Angaben zur Fachabteilung

|                                               |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Allgemeine Chirurgie                                                                                                                                            |
| Fachabteilungsschlüssel                       | 1500                                                                                                                                                            |
| Art der Abteilung                             | Hauptabteilung                                                                                                                                                  |
| Weitere Fachabteilungsschlüssel               | <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie ( 1516 )</li><li>◦ Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie ( 1523 )</li></ul> |

### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                          | Michael Zachert                                                                                   |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                                                                                          |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 401                                                                                 |
| Fax                           | 09542 / 779 - 403                                                                                 |
| E-Mail                        | m.zachert@gkg-bamberg.de                                                                          |
| Strasse / Hausnummer          | Oberend 29                                                                                        |
| PLZ / Ort                     | 96110 Scheßlitz                                                                                   |
| URL                           | <a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/</a> |

|                               |                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                          | Dr. med. Matthias Biedermann                                                                      |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                                                                                          |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 401                                                                                 |
| Fax                           | 09542 / 779 - 403                                                                                 |
| E-Mail                        | m.biedermann@gkg-bamberg.de                                                                       |
| Strasse / Hausnummer          | Oberend 29                                                                                        |
| PLZ / Ort                     | 96110 Scheßlitz                                                                                   |
| URL                           | <a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/</a> |

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden ☒ Ja

Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die

Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung



## B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                                                        | Kommentar / Erläuterung                                                               |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| VC05 | Schrittmachereingriffe                                                                                |                                                                                       |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen                                             |                                                                                       |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen                                | z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein) |
| VC21 | Endokrine Chirurgie                                                                                   | z. B. Schilddrüsenchirurgie                                                           |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie                                                                                  | z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie                                               |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie                                                                    |                                                                                       |
| VC24 | Tumorchirurgie                                                                                        |                                                                                       |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen                                                                       |                                                                                       |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken                                                                        |                                                                                       |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik                                                                   |                                                                                       |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren                                                                    |                                                                                       |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie                                                                            |                                                                                       |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen                                                       |                                                                                       |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes                                                   |                                                                                       |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses                                                   |                                                                                       |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax                                                   |                                                                                       |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |                                                                                       |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes                               |                                                                                       |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes                           |                                                                                       |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand                                |                                                                                       |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels                              |                                                                                       |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels                             |                                                                                       |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes                              |                                                                                       |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen                                                    |                                                                                       |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule         | z. B. Vertebroplastie, Kyphoplastie                                                   |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven                                                                       | z. B. CTS, Sulcus ulnaris                                                             |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen                                                             | z. B. Karpaltunnensyndrom, Sulcus-Ulnaris-Syndrom                                     |
| VC53 | Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen                    |                                                                                       |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen                                                           |                                                                                       |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen                                                             |                                                                                       |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe                                                                    |                                                                                       |
| VC58 | Spezialsprechstunde                                                                                   | BG-Sprechstunde, orthopädische und unfallchirurgische Sprechstunde                    |
| VC62 | Portimplantation                                                                                      |                                                                                       |
| VC63 | Amputationschirurgie                                                                                  |                                                                                       |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie                                                                                 | Kyphoplastie                                                                          |
| VC66 | Arthroskopische Operationen                                                                           | z. B. Schulter, Knie, Sprunggelenk                                                    |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin                                                                          | Tracheotomie                                                                          |
| VC69 | Verbrennungschirurgie                                                                                 |                                                                                       |
| VC71 | Notfallmedizin                                                                                        | Thorax-Drainagen                                                                      |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                                                    | Kommentar / Erläuterung                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut                                |                                                             |
| VD09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde                                    | z. B. Schweiß- und Talgdrüsenenerkrankungen                 |
| VD12 | Dermatochirurgie                                                                                  | z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie                     |
| VD20 | Wundheilungsstörungen                                                                             | wie VAC-Therapie, Hauttransplantationen                     |
| VI20 | Intensivmedizin                                                                                   | Interdisziplinäre Intensivstation                           |
| VK00 | angeborene Leistenhernien                                                                         |                                                             |
| VK32 | Kindertraumatologie                                                                               | Behandlung/OP kindlicher Frakturen                          |
| VN23 | Schmerztherapie                                                                                   | in Kooperation mit dem MVZ Scheßlitz                        |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien                                                         | Umstellungsosteotomien, Achskorrekturen                     |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien                                                       |                                                             |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens                 |                                                             |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln                                               |                                                             |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen                             |                                                             |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes                            |                                                             |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien                                       |                                                             |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |                                                             |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane                             |                                                             |
| VO13 | Spezialprechstunde                                                                                |                                                             |
| VO14 | Endoprothetik                                                                                     | z. B. Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen                     |
| VO15 | Fußchirurgie                                                                                      | z. B. Vorfußkorrekturen, Hallux valgus, Hammerzehe          |
| VO16 | Handchirurgie                                                                                     | z. B. CTS, schnellende Finger, Dupuytren, Ringband          |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie                                                       |                                                             |
| VO19 | Schulterchirurgie                                                                                 | z. B. Endoprothetik, Trauma, Rotatorenmanschette, Frakturen |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie                                                                   | z. B. Kreuzbandchirurgie, Meniskus, Knorpeltherapie         |
| VO21 | Traumatologie                                                                                     | z. B. Bandverletzungen, Meniskus, Frakturen                 |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen                                                                   |                                                             |
| VR02 | Native Sonographie                                                                                |                                                             |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie                                                                |                                                             |
| VR04 | Duplexsonographie                                                                                 |                                                             |
| VR06 | Endosonographie                                                                                   |                                                             |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ                                                                   |                                                             |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel                                                       |                                                             |
| VR15 | Arteriographie                                                                                    |                                                             |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ                                                            | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen        |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel                                                | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen        |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren                                                 | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen        |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                       | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------------------------------------------|-------------------------|
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |                         |

## B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2242 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

## B-[2].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung                                                               |
|------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| S06              | 303      | Intrakranielle Verletzung                                                            |
| M17              | 245      | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]                                              |
| M16              | 166      | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]                                              |
| K80              | 115      | Cholelithiasis                                                                       |
| S52              | 86       | Fraktur des Unterarmes                                                               |
| S72              | 81       | Fraktur des Femurs                                                                   |
| I70              | 69       | Atherosklerose                                                                       |
| S42              | 67       | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes                                    |
| K57              | 62       | Divertikelkrankheit des Darmes                                                       |
| S82              | 59       | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes                 |
| M54              | 58       | Rückenschmerzen                                                                      |
| R10              | 51       | Bauch- und Beckenschmerzen                                                           |
| K35              | 49       | Akute Appendizitis                                                                   |
| K40              | 46       | Hernia inguinalis                                                                    |
| L03              | 40       | Phlegmone                                                                            |
| K43              | 37       | Hernia ventralis                                                                     |
| S32              | 35       | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens                                        |
| T84              | 30       | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate      |
| M75              | 28       | Schulterläsionen                                                                     |
| S22              | 28       | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule                          |
| K61              | 26       | Abszess in der Anal- und Rektalregion                                                |
| K56              | 23       | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie                          |
| E11              | 19       | Diabetes mellitus, Typ 2                                                             |
| T81              | 19       | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert                       |
| M19              | 18       | Sonstige Arthrose                                                                    |
| I83              | 17       | Varizen der unteren Extremitäten                                                     |
| K42              | 17       | Hernia umbilicalis                                                                   |
| K64              | 17       | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose                                              |
| S83              | 16       | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes |
| S70              | 14       | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels                            |

## B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung                                                                                            |
|----------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8-561          | 610    | Funktionsorientierte physikalische Therapie                                                                       |
| 9-984          | 522    | Pflegebedürftigkeit                                                                                               |
| 3-200          | 455    | Native Computertomographie des Schädels                                                                           |
| 5-822          | 282    | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk                                                                     |
| 3-203          | 274    | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark                                                         |
| 5-820          | 230    | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk                                                                     |
| 3-225          | 211    | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel                                                               |
| 8-930          | 176    | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung                                                                                 |
|----------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5-900          | 174    | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut                            |
| 3-205          | 161    | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems                                                  |
| 5-916          | 158    | Temporäre Weichteildeckung                                                                             |
| 5-896          | 135    | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-511          | 123    | Cholezystektomie                                                                                       |
| 5-794          | 120    | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens              |
| 5-790          | 110    | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese                           |
| 3-206          | 99     | Native Computertomographie des Beckens                                                                 |
| 8-800          | 95     | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat                            |
| 5-932          | 93     | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung                                   |
| 5-987          | 92     | Anwendung eines OP-Roboters                                                                            |
| 8-831          | 85     | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße                                |
| 8-190          | 77     | Spezielle Verbandstechniken                                                                            |
| 8-836          | 73     | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention                                                             |
| 5-793          | 72     | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens                 |
| 5-800          | 66     | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes                                                            |
| 5-787          | 62     | Entfernung von Osteosynthesematerial                                                                   |
| 3-222          | 60     | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel                                                      |
| 5-814          | 59     | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes                       |
| 5-811          | 57     | Arthroskopische Operation an der Synovialis                                                            |
| 5-381          | 54     | Endarteriektomie                                                                                       |
| 5-829          | 54     | Andere gelenkplastische Eingriffe                                                                      |

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr.  | Art der Ambulanz                                           | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen                        | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz                                             |                          |                                            |                         |
| AM08 | Notfallambulanz (24h)                                      |                          |                                            |                         |
| AM09 | D-Arzt-<br>/Berufsgenossenschaftliche<br>Ambulanz          |                          |                                            |                         |
| AM10 | Medizinisches<br>Versorgungszentrum nach<br>§ 95 SGB V     | MVZ Scheßlitz            | ◦ Unfallchirurgie und<br>Orthopädie (VO00) |                         |
| AM11 | Vor- und nachstationäre<br>Leistungen nach § 115a<br>SGB V |                          |                                            |                         |

## B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung                                                           |
|------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 5-812      | 322    | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken                   |
| 5-811      | 227    | Arthroskopische Operation an der Synovialis                                      |
| 5-787      | 129    | Entfernung von Osteosynthesematerial                                             |
| 5-810      | 112    | Arthroskopische Gelenkoperation                                                  |
| 5-814      | 56     | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 5-813      | 29     | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes     |
| 5-840      | 24     | Operationen an Sehnen der Hand                                                   |
| 5-788      | 22     | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes                               |
| 5-790      | 22     | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese     |
| 5-841      | 22     | Operationen an Bändern der Hand                                                  |

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung                                                            |
|------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 5-855      | 18     | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide                           |
| 8-201      | 17     | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese                   |
| 5-056      | 16     | Neurolyse und Dekompression eines Nerven                                          |
| 5-493      | 15     | Operative Behandlung von Hämorrhoiden                                             |
| 5-534      | 15     | Verschluss einer Hernia umbilicalis                                               |
| 5-530      | 13     | Verschluss einer Hernia inguinalis                                                |
| 5-490      | 11     | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion                               |
| 5-399      | 10     | Andere Operationen an Blutgefäßen                                                 |
| 5-900      | 10     | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut       |
| 5-849      | 9      | Andere Operationen an der Hand                                                    |
| 5-491      | 8      | Operative Behandlung von Analfisteln                                              |
| 5-795      | 8      | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen                      |
| 5-796      | 8      | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen                   |
| 5-859      | 7      | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln                 |
| 5-819      | 6      | Andere arthroskopische Operationen                                                |
| 5-782      | < 4    | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe                               |
| 5-806      | < 4    | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes |
| 5-842      | < 4    | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger                                |
| 5-844      | < 4    | Operation an Gelenken der Hand                                                    |
| 8-200      | < 4    | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese                          |

## B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

☒ Ja

stationäre BG-Zulassung

☒ Ja

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

|                                                 |           |
|-------------------------------------------------|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 13,57     |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 2,50      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 11,07     |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00      |
| Stationäre Versorgung                           | 13,57     |
| Fälle je VK/Person                              | 165,21739 |

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 6,51      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 2,50      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 4,01      |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00      |
| Stationäre Versorgung                                                                | 6,51      |
| Fälle je VK/Person                                                                   | 344,39324 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00     |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie                                                  |                         |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie                                      |                         |
| AQ13 | Viszeralchirurgie                                                   |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung                                                | Kommentar / Erläuterung |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)                      |                         |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie                                           |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

|                                                 |          |
|-------------------------------------------------|----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 29,05    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 6,31     |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 22,74    |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00     |
| Stationäre Versorgung                           | 29,05    |
| Fälle je VK/Person                              | 77,17728 |

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,38 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,15 |

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Ambulante Versorgung  | 0,00       |
| Stationäre Versorgung | 0,53       |
| Fälle je VK/Person    | 4230,18867 |

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,47       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,47       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,47       |
| Fälle je VK/Person                              | 4770,21276 |

#### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,79       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,79       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,79       |
| Fälle je VK/Person                              | 2837,97468 |

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,79       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,52       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,27       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,79       |
| Fälle je VK/Person                              | 2837,97468 |

#### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,34       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,34       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,34       |
| Fälle je VK/Person                              | 6594,11764 |

#### Medizinische Fachangestellte

|                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 0,66       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,00       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,66       |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                                                                | 0,66       |
| Fälle je VK/Person                                                                   | 3396,96969 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50      |



### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                    |                         |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs                              |                         |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst                                        |                         |
| PQ12 | Notfallpflege                                                     |                         |
| PQ13 | Hygienefachkraft                                                  |                         |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                  |                         |
| PQ18 | Pflege in der Endoskopie                                          |                         |
| PQ20 | Praxisanleitung                                                   |                         |
| PQ22 | Intermediate Care Pflege                                          |                         |
| Nr.  | Zusatzqualifikation                                               | Kommentar / Erläuterung |
| ZP08 | Kinästhetik                                                       |                         |
| ZP13 | Qualitätsmanagement                                               |                         |
| ZP14 | Schmerzmanagement                                                 |                         |
| ZP15 | Stomamanagement                                                   |                         |
| ZP16 | Wundmanagement                                                    |                         |
| ZP20 | Palliative Care                                                   |                         |

## B-[3].1 Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie

### Angaben zur Fachabteilung

|                                               |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie                                                                     |
| Fachabteilungsschlüssel                       | 3700                                                                                                           |
| Art der Abteilung                             | Nicht bettenführende Abteilung                                                                                 |
| Weitere Fachabteilungsschlüssel               | <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Palliativmedizin ( 3752 )</li><li>◦ Schmerztherapie ( 3753 )</li></ul> |

### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                          | Dr. med. Thomas Eberlein                                                                          |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                                                                                          |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 413                                                                                 |
| Fax                           | 09542 / 779 - 503                                                                                 |
| E-Mail                        | t.eberlein@gkg-bamberg.de                                                                         |
| Strasse / Hausnummer          | Oberend 29                                                                                        |
| PLZ / Ort                     | 96110 Scheßlitz                                                                                   |
| URL                           | <a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/</a> |

## B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden ☒ Ja

Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die

Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote         | Kommentar / Erläuterung                                                     |
|------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| VI00 | Palliativmedizinischer Konsiliardienst |                                                                             |
| VI20 | Intensivmedizin                        |                                                                             |
| VX00 | Spezielle Schmerztherapie              | Leistungen der Schmerztherapie werden als Teilgebiet der Chirurgie erbracht |
| VX00 | alle Anästhesien                       |                                                                             |

### B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

|                         |                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Vollstationäre Fallzahl | 0                                                                                     |
| Teilstationäre Fallzahl | 0                                                                                     |
| Kommentar / Erläuterung | Die Intensivstation als interdisziplinäre Abteilung der Chirurgie und Inneren Medizin |

### B-[3].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

### B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

### B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr.  | Art der Ambulanz                                 | Bezeichnung der Ambulanz | Angeborene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz                                   |                          |                       |                         |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | Schmerzambulanz          |                       |                         |

### B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 4,98 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,35 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,63 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 4,98 |
| Fälle je VK/Person                              |      |

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

|                                                                                      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 3,37  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,35  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 3,02  |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                                                                | 3,37  |
| Fälle je VK/Person                                                                   |       |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

|                    |   |
|--------------------|---|
| Anzahl Personen    | 0 |
| Fälle je VK/Person |   |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie                                                     |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung                                                | Kommentar / Erläuterung |
| ZF15 | Intensivmedizin                                                     |                         |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)                          |                         |
| ZF28 | Notfallmedizin                                                      |                         |
| ZF30 | Palliativmedizin                                                    |                         |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie                                           |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

|                                                                                      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 0,00  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,00  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                                                                | 0,00  |
| Fälle je VK/Person                                                                   |       |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

## B-[4].1 Zentrale Notaufnahme

### Angaben zur Fachabteilung

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Zentrale Notaufnahme           |
| Fachabteilungsschlüssel                       | 3700                           |
| Art der Abteilung                             | Nicht bettenführende Abteilung |

### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                          | Dr. Michael Hille                                                                                 |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                                                                                          |
| Telefon                       | 09542 / 779 - 886                                                                                 |
| Fax                           | 09542 / 779 - 483                                                                                 |
| E-Mail                        | m.hille@gkg-bamberg.de                                                                            |
| Strasse / Hausnummer          | Oberend 29                                                                                        |
| PLZ / Ort                     | 96110 Scheßlitz                                                                                   |
| URL                           | <a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/juraklinik/</a> |

## B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden ☒ Ja  
Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die  
Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V  
Kommentar / Erläuterung

### B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--------------------------------|-------------------------|
| VC71 | Notfallmedizin                 |                         |

### B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Vollstationäre Fallzahl | 0                              |
| Teilstationäre Fallzahl | 0                              |
| Kommentar / Erläuterung | keine bettenführende Abteilung |

### B-[4].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

### B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

### B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr.  | Art der Ambulanz      | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| AM08 | Notfallambulanz (24h) |                          |                     |                         |

### B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,15 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,15 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 0,15 |
| Fälle je VK/Person                              |      |

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

|                                                                                      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 0,15  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,15  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                                                                | 0,15  |
| Fälle je VK/Person                                                                   |       |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

|                    |   |
|--------------------|---|
| Anzahl Personen    | 0 |
| Fälle je VK/Person |   |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie                                                     |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung                                                | Kommentar / Erläuterung |
| ZF28 | Notfallmedizin                                                      |                         |
| ZF30 | Palliativmedizin                                                    |                         |
| ZF61 | Klinische Akut- und Notfallmedizin                                  |                         |
| ZF62 | Krankenhaushygiene                                                  |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

|                                                                                      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte                                                                    | 0,00  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,00  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                                                                 | 0,00  |
| Stationäre Versorgung                                                                | 0,00  |
| Fälle je VK/Person                                                                   |       |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |



## Teil C - Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich                                                          | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar des Krankenhauses | Kommentar der Datenannahmestelle DeQS                                              |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Herzschrittmacher - Implantation 09/1                                     | 23       | 104,35                  | 8                          |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Herzschrittmacher - Aggregatwechsel 09/2                                  | 8        | 100,00                  | 0                          |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation 09/3              | 4        | 100,00                  | 0                          |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation 09/4                        | 6        | 100,00                  | Datenschutz                |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel 09/5                     | 1        | Datenschutz             | 0                          |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation 09/6 | 1        | Datenschutz             | 0                          |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Karotis-Revaskularisation 10/2                                            | 0        |                         | 0                          |                             | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen 15/1                                           | 1        | Datenschutz             | Datenschutz                |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Geburtshilfe 16/1                                                         | 0        |                         | 0                          |                             | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich                                                           | Falla<br>hl | Dokumentationsr<br>ate in % | Anzahl<br>Datensätz<br>e<br>Standort | Kommentar<br>des<br>Krankenhaus<br>es | Kommentar der<br>Datenannahmestelle<br>DeQS                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit<br>osteosynthetischer Versorgung 17/1      | 71          | 107,04                      | 52                                   |                                       | Die<br>Dokumentationsrate<br>wurde<br>krankenhausbezogen<br>berechnet.                          |
| Mammachirurgie 18/1                                                        | 0           |                             | 0                                    |                                       | In diesem<br>Leistungsbereich<br>wurde keine<br>dokumentationspflicht<br>ige Leistung erbracht. |
| Cholezystektomie CHE                                                       | 213         | 100,00                      | 112                                  |                                       | Die<br>Dokumentationsrate<br>wurde<br>krankenhausbezogen<br>berechnet.                          |
| Dekubitusprophylaxe DEK                                                    | 186         | 103,23                      | 122                                  |                                       | Die<br>Dokumentationsrate<br>wurde<br>krankenhausbezogen<br>berechnet.                          |
| Herzchirurgie HCH                                                          | 0           |                             | 0                                    |                                       | In diesem<br>Leistungsbereich<br>wurde keine<br>dokumentationspflicht<br>ige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie: Offen chirurgische<br>Aortenklappeneingriffe<br>HCH_AK_CHIR | 0           |                             | 0                                    |                                       | In diesem<br>Leistungsbereich<br>wurde keine<br>dokumentationspflicht<br>ige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie: Koronarchirurgische<br>Operation HCH_KC                     | 0           |                             | 0                                    |                                       | In diesem<br>Leistungsbereich<br>wurde keine<br>dokumentationspflicht<br>ige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie: Offen chirurgische<br>Mitralklappeneingriffe<br>HCH_MK_CHIR | 0           |                             | 0                                    |                                       | In diesem<br>Leistungsbereich<br>wurde keine<br>dokumentationspflicht<br>ige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie: Kathetergestützte<br>Mitralklappeneingriffe<br>HCH_MK_KATH  | 0           |                             | 0                                    |                                       | In diesem<br>Leistungsbereich<br>wurde keine<br>dokumentationspflicht<br>ige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung HEP                                            | 514         | 101,56                      | 235                                  |                                       | Die<br>Dokumentationsrate<br>wurde<br>krankenhausbezogen<br>berechnet.                          |

| Leistungsbereich                                                                                                           | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar des Krankenhauses | Kommentar der Datenannahmestelle DeQS                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Hüftendoprothesenversorgung:<br>Hüftendoprothesenimplantation<br>HEP_IMP                                                   | 505      | 101,19                  | 235                        |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Hüftendoprothesenversorgung:<br>Hüftendoprothesenwechsel und -<br>komponentenwechsel HEP_WE                                | 12       | 108,33                  | 6                          |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Herztransplantation,<br>Herzunterstützungssysteme/Kunsthe-<br>rzen HTXM                                                    | 0        |                         | 0                          |                             | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation,<br>Herzunterstützungssysteme/Kunsthe-<br>rzen:<br>Herzunterstützungssysteme/Kunsthe-<br>rzen HTXM_MKU | 0        |                         | 0                          |                             | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation,<br>Herzunterstützungssysteme/Kunsthe-<br>rzen: Herztransplantation<br>HTXM_TX                         | 0        |                         | 0                          |                             | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung KEP                                                                                            | 576      | 100,00                  | 225                        |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Knieendoprothesenversorgung:<br>Knieendoprothesenimplantation<br>KEP_IMP                                                   | 562      | 99,82                   | 221                        |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Knieendoprothesenversorgung:<br>Knieendoprothesenwechsel und -<br>komponentenwechsel KEP_WE                                | 14       | 107,14                  | 4                          |                             | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.                         |
| Leberlebendspende LLS                                                                                                      | 0        |                         | 0                          |                             | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation LTX                                                                                                   | 0        |                         | 0                          |                             | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich                                                    | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar des Krankenhaus | Kommentar der Datenannahmestelle DeQS                                              |
|---------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation LUTX                         | 0        |                         | 0                          |                           | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatalogie NEO                                                    | 0        |                         | 0                          |                           | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende NLS                                              | 0        |                         | 0                          |                           | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) PCI_LKG | 790      | 101,01                  | 72                         |                           | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.                       |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation PNTX                | 0        |                         | 0                          |                           | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 101800

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,96 - 1,02

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 7,44

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

**Kennzahl-ID:** 101801

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,86

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,79 - 0,92

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 32,44

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Sortierung:

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

**Kennzahl-ID:** 102001

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 96,97

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 96,31 - 97,51

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:**

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 10211

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 6,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 6,63 - 7,35

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 10271

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,97

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,94 - 1,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

**Kennzahl-ID:** 12874

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,88

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,79 - 0,97

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 131801

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,97

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,93 - 1,03

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

**Kennzahl-ID:** 131802

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,65

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,55 - 0,77

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:**

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Kennzahl-ID:** 132001

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,97

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 1,05

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 132002

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bundesergebnis:** 1,20

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,01 - 1,41

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

**Kennzahl-ID:** 132003

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 95,64

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 95,15 - 96,08

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

#### Fachlicher Hinweis IQTIG:

#### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 172000\_10211

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** EKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 11,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 9,82 - 12,27

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:** 10211

**Sortierung:** 1

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 172001\_10211

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** EKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 12,40

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 11,38 - 13,47

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:** 10211

**Sortierung:** 2

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 191800\_54120

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** KKeZ

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,03

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,08

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 4,64

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:** 54120

**Sortierung:** 1

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 191801\_54120

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Typ des Ergebnisses:** KKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,95 - 1,04

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 5,32

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:** 54120

**Sortierung:** 2

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 191914

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,94

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,91 - 0,97

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,72

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,85 - 3,27

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 2194

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,96 - 1,03

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 2195

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** ja

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,90

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,78 - 1,03

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 200,70

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 51186

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,85

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,71 - 1,02

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 51191

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,87

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,82 - 0,93

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 83,91

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 51906

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,08

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,14

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 52009

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,06

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,05 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,43

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 1,07 - 1,92

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 52010

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,00 - 0,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,07

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 521800

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** TKeZ

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,01

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,01 - 0,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,07

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 521801

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** TKeZ

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,06

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,06 - 0,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,07

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

**Kennzahl-ID:** 52283

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 3,01

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 2,91 - 3,11

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

**Kennzahl-ID:** 52305

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 96,13

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 96,06 - 96,20

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 100,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 89,28 - 100,00

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer 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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 52311

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,95

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,89 - 1,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 22,51

### Ergebnis im Berichtsjahr:

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

**Kennzahl-ID:** 52316

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 96,93

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 96,80 - 97,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeine 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.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 52325

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,85

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,72 - 1,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 52326

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,35

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,35 - 0,35

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,85

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,64 - 1,14

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

**Kennzahl-ID:** 54003

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 8,15

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 7,95 - 8,35

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 54012

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,91

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,89 - 0,93

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 2,41

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 1,58 - 3,59

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54013

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,89

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,83 - 0,95

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 8,92

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (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)

**Kennzahl-ID:** 54015

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,05

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 2,25

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 1,57 - 3,03

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54016

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,93

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,78

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,76 - 4,04

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 54017

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,92

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,88 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54018

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,96

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,93 - 1,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 2,02

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,94 - 4,06

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54019

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,93

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,59

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,73 - 3,38

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 54028

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,82

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,77 - 0,88

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54029

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,01

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,96 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 3,50

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

**Kennzahl-ID:** 54030

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 7,57

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 7,37 - 7,78

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Sortierung:

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

**Kennzahl-ID:** 54033

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,02

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,60

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 1,03 - 2,22

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54042

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** QI

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS**

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein**

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,05

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 2,18

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 1,48 - 2,99

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 54046

**Leistungsbereich:** Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS**

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein**

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,97

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,93 - 1,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,30

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,51 - 3,06

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 54120

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,01

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,04

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 2,58

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 54143

**Leistungsbereich:** Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 3,43

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 3,28 - 3,58

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 32,44

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

**Kennzahl-ID:** 56003

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 81,10

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 80,65 - 81,55

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

**Kennzahl-ID:** 56004

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 1,51

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,38 - 1,66

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

**Kennzahl-ID:** 56008

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,23

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,22 - 0,24

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 3,28

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

**Kennzahl-ID:** 56014

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 95,08

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Referenzbereich (bundesweit):

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 94,86 - 95,30

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

### Rechnerisches Ergebnis:

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

### Ergebnis im Berichtsjahr:

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 56100

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

### Typ des Ergebnisses: QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

### Einheit:

**Bundesergebnis:** 1,09

### Referenzbereich (bundesweit):

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,17

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

### Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

### Ergebnis im Berichtsjahr:

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 56101

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,03

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,00 - 1,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,63

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,08 - 2,15

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

**Kennzahl-ID:** 56103

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 89,18

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,06 - 89,29

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 88,96

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 81,93 - 94,34

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

**Kennzahl-ID:** 56104

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 86,68

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 86,60 - 86,76

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 90,38

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 85,95 - 94,03

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

**Kennzahl-ID:** 56105

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 85,11

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 85,05 - 85,17

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 87,13

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 83,80 - 90,09

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

**Kennzahl-ID:** 56106

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 75,09

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 74,95 - 75,23

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 76,52

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 66,03 - 85,85

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

**Kennzahl-ID:** 56107

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 89,65

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,36 - 89,94

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 87,50

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 46,44 - 99,98

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

**Kennzahl-ID:** 56108

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 80,49

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 80,28 - 80,70

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 88,71

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 75,66 - 97,10

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

**Kennzahl-ID:** 56109

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 84,20

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 84,01 - 84,39

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 90,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 75,86 - 98,23

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

**Kennzahl-ID:** 56110

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 91,25

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 91,02 - 91,49

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

**Kennzahl-ID:** 56111

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 79,82

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 79,64 - 80,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 78,14

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 70,46 - 85,98

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

**Kennzahl-ID:** 56112

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 61,62

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 61,39 - 61,85

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

**Kennzahl-ID:** 56113

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 49,11

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 48,50 - 49,70

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 20,98

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 4,17 - 45,66

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

**Kennzahl-ID:** 56114

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 91,88

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 91,32 - 92,42

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

**Kennzahl-ID:** 56115

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 78,26

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 77,99 - 78,54

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 93,18

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 79,82 - 99,48

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

**Kennzahl-ID:** 56116

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 93,53

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 93,34 - 93,71

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 93,75

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 81,42 - 99,53

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 56117

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,02

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,00 - 1,04

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 1,17

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,40 - 3,11

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 56118

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,97 - 1,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 58000

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,95

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,90 - 1,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 58001

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,02

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 58002

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,92

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,88 - 0,96

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 1,78

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 58003

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,02

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,98 - 1,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 58004

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,06

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,09

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 58005

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,97 - 1,03

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

## Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 58006

**Leistungsbereich:** Entfernung der Gallenblase

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,97 - 1,04

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,00

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 3,06

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Fachlicher Hinweis IQTIG:** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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



## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 60685

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,77

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,69 - 0,85

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 60686

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 18,44

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 17,71 - 19,19

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

## Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

### Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

**Qualitätsindikator:** 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

**Kennzahl-ID:** 612

**Leistungsbereich:** Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 89,36

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,05 - 89,67

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

### Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

### Risikoadjustierte Rate:

### Bezug andere QS Ergebnisse:

### Sortierung:

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

| Bundesland | Leistungsbereich | nimmt teil | Kommentar / Erläuterung |
|------------|------------------|------------|-------------------------|
| Bayern     | Schlaganfall     | ja         |                         |

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

trifft nicht zu / entfällt

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

#### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| Leistungsbereich              | Mindestmenge | Erbrachte Menge | Ausnahmetatbestand | Kommentar/Erläuterung |
|-------------------------------|--------------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50           | 204             |                    |                       |

#### C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

|                                                                                                                                                       |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Leistungsbereich                                                                                                                                      | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Leistungsberechtigung für das Prognosejahr                                                                                                            | ja                            |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge                                                                                                              | 204                           |
| Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 187                           |
| Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt                                                           | ja                            |
| Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)                                                                                          |                               |
| Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt                                                     |                               |

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

| Nr.  | Vereinbarung bzw. Richtlinie                                          | Kommentar / Erläuterung |
|------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| CQ31 | Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) |                         |

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

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.

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

### C-6.2.1 Beleg zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie

|                                                                |          |
|----------------------------------------------------------------|----------|
| Anzahl der Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden | 366 Tage |
|----------------------------------------------------------------|----------|

### C-6.2.2 Angaben zur Erfüllung der Mindestanforderungen

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

#### C-6.2.2.1 Allgemeine Mindestanforderungen

Im folgenden sind die elf allgemeinen Mindestanforderungen jeweils mit den gemeldeten Tagen der Nichterfüllung angegeben.

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

#### C-6.2.2.2 Spezifische Mindestanforderungen

Im folgenden sind die sechs spezifischen Mindestanforderungen jeweils mit den gemeldeten Tagen der Nichterfüllung angegeben.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist.                                                                         | 0 Tage |
| Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL beschriebenen Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie. | 0 Tage |
| Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24- stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.                                                                             | 0 Tage |
| Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgung zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung.                                                                                                           | 0 Tage |
| Für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten.                                                                                                                                                     | 0 Tage |

Physiotherapie durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten steht täglich für jede Patientin oder jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung. 0 Tage

### C-6.2.2.3 Mindestanforderungen an die Prozessqualität

Gemäß § 5 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 4 QSFFx-RL muss die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur durch Standard Operating Procedures (SOP) unterstützt werden. Die SOPs adressieren typische Hindernisse und sollen trotz dieser Hindernisse eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme ermöglichen. Die SOPs müssen schriftlich vorliegen, verbindlich, interdisziplinär abgestimmt und jederzeit verfügbar sein und dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen. In den SOPs sind auch die jeweils für die SOP verantwortliche Person, das Erstellungs- oder Aktualisierungsdatum, die Quellen und die Gültigkeitsdauer anzugeben.

Im folgenden sind die sieben Mindestanforderungen an die Prozessqualität jeweils mit den gemeldeten Tagen der Nichterfüllung angegeben.

|                                                        |        |
|--------------------------------------------------------|--------|
| SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“ | 0 Tage |
| SOP „Perioperative Planung“                            | 0 Tage |
| SOP „Operationsverfahren“                              | 0 Tage |
| SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“        | 0 Tage |
| SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“       | 0 Tage |
| SOP „Ortho-geriatrische Versorgung“                    | 0 Tage |
| SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“                   | 0 Tage |

### C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

|                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 21 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt                                                                                                         | 18 |
| Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben                                                                                                                                                                                             | 18 |

(\*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

### C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

#### 8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung                        | Pflegesensitiver Bereich                          | Station                       | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände | Kommentar                                              |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|---------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Intensiv (J1)         | Nacht   | 100,00                         | 0                   |                                                        |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Interdisziplinär (J3) | Nacht   | 100,00                         | 0                   | Station war vom 27.07 - 19.08. wegen Umbau geschlossen |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Chirurgie (J2)        | Nacht   | 100,00                         | 0                   |                                                        |

| Fachabteilung                        | Pflegesensitiver Bereich                                                       | Station                       | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände | Kommentar                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie                              | Station Innere (J4)           | Nacht   | 41,67                          | 0                   |                                                        |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Intensiv (J1)         | Tag     | 100,00                         | 0                   |                                                        |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Interdisziplinär (J3) | Tag     | 100,00                         | 0                   | Station war vom 27.07 - 19.08. wegen Umbau geschlossen |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Chirurgie (J2)        | Tag     | 100,00                         | 0                   |                                                        |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Innere (J4)           | Tag     | 100,00                         | 0                   |                                                        |

## 8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung                        | Pflegesensitiver Bereich                                                       | Station                       | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad | Kommentar                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie                              | Station Interdisziplinär (J3) | Nacht   | 72,30                           | Station war vom 27.07 - 19.08. wegen Umbau geschlossen |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie                              | Station Innere (J4)           | Nacht   | 50,55                           |                                                        |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie                              | Station Intensiv (J1)         | Nacht   | 100,00                          |                                                        |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Interdisziplinär (J3) | Tag     | 99,13                           | Station war vom 27.07 - 19.08. wegen Umbau geschlossen |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie                              | Station Chirurgie (J2)        | Nacht   | 89,07                           |                                                        |



| Fachabteilung                        | Pflegesensitiver Bereich                                                       | Station                | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad | Kommentar |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|---------------------------------|-----------|
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Innere (J4)    | Tag     | 89,89                           |           |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Intensiv (J1)  | Tag     | 100,00                          |           |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Chirurgie (J2) | Tag     | 98,91                           |           |

### C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):

### C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

trifft nicht zu / entfällt