Klinikum
Mutterhaus der Borromäerinnen

Qualitätsbericht 2021

Klinikum Mutterhaus Mitte und Nord

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH
Feldstraße 16, D-54290 Trier
Tel. 0651 947-0 | www.mutterhaus.de | info@mutterhaus.de
Handelsregister Wittlich HRB 40295 | Geschäftsführer: Dr. med. Christian Sprenger
Vorsitzende des Aufsichtsrates: Sr. M. Elisabeth Mues

Klinik des Medizincampus Trier der Universitätsmedizin Mainz

MedizincampusTrier der Universitätsmedizin.

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	25
	Einleitung	25
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	26
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	26
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	29
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	29
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	29
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	29
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	33
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	34
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	36
A-9	Anzahl der Betten	37
A-10	Gesamtfallzahlen	37
A-11	Personal des Krankenhauses	37
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	48
A-13	Besondere apparative Ausstattung	60
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	62
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	64
B-[0100]	Innere Medizin	65
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	65
B-[0100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	65
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	65
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 68

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 69

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 70

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 70

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 70

B-[0100].11 Personelle Ausstattung 70

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen 70

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 71

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung 71

B-[0100].11.2 Pflegepersonal 71

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 73

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 74

B-[0100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 74

B-[0105] Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie .. 75

B-[0105].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 75

B-[0105].1.1 Fachabteilungsschlüssel 75

B-[0105].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 75

B-[0105].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 75

B-[0105].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 76

B-[0105].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 78

B-[0105].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 79

B-[0105].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 80

B-[0105].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 80

B-[0105].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 81

B-[0105].11 Personelle Ausstattung 81

B-[0105].11.1 Ärzte und Ärztinnen 81

B-[0105].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 82

B-[0105].11.1.2 Zusatzweiterbildung 82

B-[0105].11.2 Pflegepersonal 82

B-[0105].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 84

B-[0105].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 84

B-[0105].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 84

B-[0107] Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie 85

B-[0107].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 85

B-[0107].1.1 Fachabteilungsschlüssel 85

B-[0107].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 85

B-[0107].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 85

B-[0107].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 86

B-[0107].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 87

B-[0107].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 88

B-[0107].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 89

B-[0107].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 89

B-[0107].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 89

B-[0107].11 Personelle Ausstattung 90

B-[0107].11.1 Ärzte und Ärztinnen 90

B-[0107].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 90

B-[0107].11.1.2 Zusatzweiterbildung 91

B-[0107].11.2 Pflegepersonal 91

B-[0107].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 92

B-[0107].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 93

B-[0107].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 93

B-[0200] Geriatrie 94

B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 94

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel 94

B-[0200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 94

B-[0200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 94

B-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 95

B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 100

B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 102

B-[0200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 102

B-[0200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 102

B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 102

B- Personelle Ausstattung 102

[0200].11

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen 102

B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 103

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung 103

B-[0200].11.2 Pflegepersonal 103

B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 105

B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 105

B-[0200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 106

B-[0300] Kardiologie 107

B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 107

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel 107

B-[0300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 107

B-[0300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 107

B-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 108

B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 108

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 109

B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 109

B-[0300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 109

B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 110

B-[0300].11 Personelle Ausstattung 110

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen 110

B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 111

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung 111

B-[0300].11.2 Pflegepersonal 111

B-[0300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 113

B-[0300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 113

B-[0300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 113

B-[1000] Kinder-und Jugendmedizin 114

B-[1000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 114

B-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel 114

B-[1000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 114

B-[1000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 114

B-[1000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 115

B-[1000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 117

B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 118

B-[1000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 119

B-[1000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 120

B-[1000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 120

B-[1000].11 Personelle Ausstattung 120

B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen 120

B-[1000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 121

B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung 121

B-[1000].11.2 Pflegepersonal 122

B-[1000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 123

B-[1000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 123

B-[1000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 123

B-[1300] Kinderchirurgie 124

B-[1300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 124

B-[1300].1.1 Fachabteilungsschlüssel 124

B-[1300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 124

B-[1300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 124

B-[1300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 125

B-[1300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 128

B-[1300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 130

B-[1300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 130

B-[1300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 130

B-[1300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 131

B-[1300].11 Personelle Ausstattung 131

B-[1300].11.1 Ärzte und Ärztinnen 131

B-[1300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 132

B-[1300].11.1.2 Zusatzweiterbildung 132

B-[1300].11.2 Pflegepersonal 132

B-[1300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .. 133

[1300].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[1300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 134

B-[1300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 134

B-[1500] Allgemein, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie 135

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 135

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel 135

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 135

B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 135

B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 136

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 145

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 146

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 147

B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 147

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 148

B-[1500].11 Personelle Ausstattung 148

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen 148

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 149

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung 149

B-[1500].11.2 Pflegepersonal 149

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 151

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 151

B-[1500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 152

B-[1800] Gefäßchirurgie 153

B-[1800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 153

B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel 153

B-[1800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 153

B-[1800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 153

B-[1800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 154

B-[1800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 155

B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 156

B-[1800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 156

B-[1800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 156

B-[1800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 157

B-[1800].11 Personelle Ausstattung 157

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen 157

B-[1800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 158

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung 158

B-[1800].11.2 Pflegepersonal 158

B-[1800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 160

B-[1800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 160

B-[1800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 160

B-[2300] Orthopädie 161

B-[2300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 161

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel 161

B-[2300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 161

B-[2300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 163

B-[2300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 163

B-[2300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 164

B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 166

B-[2300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 166

B-[2300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 166

B-[2300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 166

B-[2300].11 Personelle Ausstattung 166

B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen 166

B-[2300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 167

B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung 167

B-[2300].11.2 Pflegepersonal 168

B-[2300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 169

B-[2300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 169

B-[2300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 169

B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe 170

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 170

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel 170

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 170

B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 170

B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 171

B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 172

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 173

B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 174

B-[2400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 174

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 175

B-[2400].11 Personelle Ausstattung 175

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen 175

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 176

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung 176

B-[2400].11.2 Pflegepersonal 176

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 178

B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 178

B-[2400].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 178

B-[2600] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 179

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 179

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel 179

B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 179

B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 180

B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 180

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 182

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 183

B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 184

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 184

B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 185

B-[2600].11 Personelle Ausstattung 185

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen 185

B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 186

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung 186

B-[2600].11.2 Pflegepersonal 186

B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 188

B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 188

B-[2600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 188

B-[2900] Allgemeine Psychiatrie 189

B-[2900].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 189

B-[2900].1.1 Fachabteilungsschlüssel 189

B-[2900].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 189

B-[2900].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 189

B-[2900].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 190

B-[2900].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 190

B-[2900].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 192

B-[2900].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 192

B-[2900].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 192

B-[2900].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 192

B-[2900].11 Personelle Ausstattung 192

B-[2900].11.1 Ärzte und Ärztinnen 193

B-[2900].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 193

B-[2900].11.1.2 Zusatzweiterbildung 194

B-[2900].11.2 Pflegepersonal 194

B-[2900].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 195

B-[2900].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 195

B-[2900].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 196

B-[2960] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .. 198

B-[2960].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 198

B-[2960].1.1 Fachabteilungsschlüssel 198

B-[2960].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 198

B-[2960].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 198

B-[2960].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 199

B-[2960].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 199

B-[2960].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 200

B-[2960].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 200

B-[2960].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 200

B-[2960].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 200

B-[2960].11 Personelle Ausstattung 201

B-[2960].11.1 Ärzte und Ärztinnen 201

B-[2960].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 201

B-[2960].11.1.2 Zusatzweiterbildung 202

B-[2960].11.2 Pflegepersonal 202

B-[2960].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 202

B-[2960].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 202

B-[2960].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 202

B-[3000] Kinder- und Jugendpsychiatrie,Psychotherapie und Psychosomatik .. 203

B-[3000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 203

B-[3000].1.1 Fachabteilungsschlüssel 203

B-[3000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 203

B-[3000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 203

B-[3000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 204

B-[3000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 204

B-[3000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 205

B-[3000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 206

B-[3000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 206

B-[3000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 206

B-[3000].11 Personelle Ausstattung 206

B-[3000].11.1 Ärzte und Ärztinnen 206

B-[3000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 207

B-[3000].11.1.2 Zusatzweiterbildung 207

B-[3000].11.2 Pflegepersonal 207

B-[3000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 208

B-[3000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 208

B-[3000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 209

B-[3060] Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .. 211

B-[3060].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 211

B-[3060].1.1 Fachabteilungsschlüssel 211

B-[3060].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 211

B-[3060].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 211

B-[3060].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 212

B-[3060].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 212

B-[3060].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 213

B-[3060].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 213

B-[3060].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 213

B-[3060].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 213

B- Personelle Ausstattung 213

[3060].11

B-[3060].11.1 Ärzte und Ärztinnen 213

B-[3060].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 214

B-[3060].11.1.2 Zusatzweiterbildung 214

B-[3060].11.2 Pflegepersonal 214

B-[3060].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 215

B-[3060].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 215

B-[3060].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 215

B-[3100] Psychosomatik/Psychotherapie 216

B-[3100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 216

B-[3100].1.1 Fachabteilungsschlüssel 216

B-[3100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 216

B-[3100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 216

B-[3100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 217

B-[3100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 217

B-[3100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 218

B-[3100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 218

B-[3100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 218

B-[3100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 218

B-[3100].11 Personelle Ausstattung 219

B-[3100].11.1 Ärzte und Ärztinnen 219

B-[3100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 219

B-[3100].11.1.2 Zusatzweiterbildung 220

B-[3100].11.2 Pflegepersonal 220

B-[3100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 221

B-[3100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 221

B-[3100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 221

B-[3200] Nuklearmedizin 224

B-[3200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 224

B-[3200].1.1 Fachabteilungsschlüssel 224

B-[3200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 224

B-[3200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 224

B-[3200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 225

B-[3200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 226

B-[3200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 227

B-[3200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 227

B-[3200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 228

B-[3200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 228

B-[3200].11 Personelle Ausstattung 228

B-[3200].11.1 Ärzte und Ärztinnen 228

B-[3200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 229

B-[3200].11.1.2 Zusatzweiterbildung 229

B-[3200].11.2 Pflegepersonal 229

B-[3200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 230

B-[3200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 230

B-[3200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 230

B-[3300] Strahlenheilkunde 231

B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 231

B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel 231

B-[3300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 231

B-[3300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 232

B-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 232

B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 233

B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 234

B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 234

B-[3300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 234

B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 235

B-[3300].11 Personelle Ausstattung 235

B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen 235

B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 236

B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung 236

B-[3300].11.2 Pflegepersonal 236

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .. 237

[3300].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 237

B-[3300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 237

B-[3600] Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin 238

B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 238

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel 238

B-[3600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 238

B-[3600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 238

B-[3600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 239

B-[3600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 240

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 241

B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 241

B-[3600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 241

B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 241

B-[3600].11 Personelle Ausstattung 241

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen 242

B-[3600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 242

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung 242

B-[3600].11.2 Pflegepersonal 243

B-[3600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 244

B-[3600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 244

B-[3600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 244

B-[3751] Radiologie 245

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 245

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel 245

B-[3751].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 245

B-[3751].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 245

B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 246

B-[3751].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 247

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 247

B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 248

B-[3751].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 248

B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 248

B-[3751].11 Personelle Ausstattung 248

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen 248

B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 249

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung 249

B-[3751].11.2 Pflegepersonal 249

B-[3751].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 250

B-[3751].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 250

B-[3751].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 250

B-[3752] Palliativmedizin 251

B-[3752].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 251

B-[3752].1.1 Fachabteilungsschlüssel 251

B-[3752].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 251

B-[3752].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 251

B-[3752].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 252

B-[3752].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 252

B-[3752].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 253

B-[3752].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 253

B-[3752].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 253

B-[3752].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 253

B-[3752].11 Personelle Ausstattung 254

B-[3752].11.1 Ärzte und Ärztinnen 254

B-[3752].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 254

B-[3752].11.1.2 Zusatzweiterbildung 255

B-[3752].11.2 Pflegepersonal 255

B-[3752].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 256

B-[3752].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 256

B-[3752].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 256

B-[3753] Schmerzmedizin 257

B-[3753].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 257

B-[3753].1.1 Fachabteilungsschlüssel 257

B-[3753].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 257

B-[3753].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 257

B-[3753].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .. 258

B-[3753].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 258

B-[3753].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 259

B-[3753].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 259

B-[3753].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 259

B-[3753].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .. 259

B-[3753].11 Personelle Ausstattung 259

B-[3753].11.1 Ärzte und Ärztinnen 260

B-[3753].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 260

B-[3753].11.1.2 Zusatzweiterbildung 260

B-[3753].11.2 Pflegepersonal 261

B-[3753].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .. 262

B-[3753].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 262

B-[3753].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .. 262

C Qualitätssicherung 263

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .. 263

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .. 474

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .. 474

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen .. 474

vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .. 474

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .. 476

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .. 477

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 477

Vorwort

Hinweis zum vorliegenden Qualitätsbericht:
Die Hochwasserkatastrophe im Sommer 2021 hat auch den Standort Ehrang des Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen schwer getroffen. Seitdem am 15. Juli 2021 die gesamte Klinik kurzfristig evakuiert, Patienten und Personal umgehend an die Standorte Mitte und Nord verlegt wurden, steht Ehrang leer und ist nicht mehr betreibbar. Nach gründlicher Abwägung aller Szenarien haben der Aufsichtsrat und die Geschäftsführung des Klinikums Mutterhaus die Entscheidung getroffen, die Klink in Ehrang nicht mehr wiederzueröffnen.
Aufgrund der Verschiebung von Personal und Leistungen zwischen den Standorten ist eine Diskrepanz der in diesem Qualitätsbericht ausgewiesenen Personal- und Leistungszahlen möglich.

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Sprenger
Telefon	0651 947 0
E-Mail	geschaeftsfuehrung@mutterhaus.de
Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	stellv. Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Lena Rieder
Telefon	0651 947 82867
E-Mail	QRM@mutterhaus.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.mutterhaus.de/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.mutterhaus.de/ueber-uns/das-team/qualitaets-und-risikomanagement?no_cache=1&sword_list%5B0%5D=qualit%C3%A4tsbericht&cHash=7e2a2a7b4e08298760246d58db9bc2e9

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	https://www.mutterhaus.de/mvz/	Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Mutterhaus

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen
PLZ	54290
Ort	Trier
Straße	Feldstraße
Hausnummer	16
IK-Nummer	260720034
Standort-Nummer	771463000
Standort-Nummer alt	99
Telefon-Vorwahl	0651
Telefon	9470
E-Mail	info@mutterhaus.de
Krankenhaus-URL	http://www.mutterhaus.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Standort Mitte/Nord

PLZ	54290
Ort	Trier
Straße	Feldstraße
Hausnummer	16
IK-Nummer	260720034
Standort-Nummer	771463000
Standort-Nummer alt	00
Standort-URL	https://www.mutterhaus.de/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	bis Feb. 2022 Oliver Zimmer
Telefon	0651 947 2900
E-Mail	geschaeftsfuehrung@mutterhaus.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Sprenger
Telefon	0651 947 2900
E-Mail	geschaeftsfuehrung@mutterhaus.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Markus Koenen
Telefon	0651 947 2535
Fax	0651 947 2178
E-Mail	Annette.Hoffmann@mutterhaus.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Sr. Carola Lange
Telefon	0651 947 2302
Fax	0651 947 3005
E-Mail	Ursula.Metzdorf@mutterhaus.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Stephan Lutz
Telefon	0651 947 2302
Fax	0651 947 3005
E-Mail	Ursula.Metzdorf@mutterhaus.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikoberin
Titel, Vorname, Name	Elke Kirsch
Telefon	0651 947 3387
Fax	0651 947 3386
E-Mail	danyg@mutterhaus.de

Leitung des Standorts

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Standort Mitte/Nord - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	bis Feb. 2022 Oliver Zimmer
Telefon	0651 947 2900
E-Mail	geschaeftsfuehrung@mutterhaus.de

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Standort Mitte/Nord - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Sprenger
Telefon	0651 947 2900
E-Mail	sabine.untheim@mutterhaus.de

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Standort Mitte/Nord - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Markus Koenen
Telefon	0651 947 2535
Fax	0651 947 2178
E-Mail	Annette.Hoffmann@mutterhaus.de

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Standort Mitte/Nord - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Sr. Carola Lange
Telefon	0651 947 2302
Fax	0651 947 3005
E-Mail	Ursula.Metzdorf@mutterhaus.de

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Standort Mitte/Nord - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Stephan Lutz
Telefon	0651 947 2302
Fax	0651 947 3005
E-Mail	Ursula.Metzdorf@mutterhaus.de

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Standort Mitte/Nord - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikoberin
Titel, Vorname, Name	Elke Kirsch
Telefon	0651 947 3387
Fax	0651 947 3386
E-Mail	danyg@mutterhaus.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH
Träger-Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP02 - Akupunktur *In der Abteilung Schmerz- und Palliativmedizin, Geburtsvorbereitende Akupunktur*
2	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare *Situativ in allen Fachabteilungen, Beratung von werdenden Eltern oder Familien im Rahmen der frühen Hilfen/des Guten Start ins Kinderleben, wöchentliches Angebot im Pflegeberatungsbüro des Klinikums*
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
4	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern *Baby- und Kindermassage, Pflege rund ums Baby, Stillberatung, Stillcafe, Asthma-Schulung, Diabetes-Schulung, Betreuung durch Familienkinderkrankenschwester, Frühchencafé*
5	MP06 - Basale Stimulation *Pflegekonzept: Entwicklungsfördernde Pflege- und Betreuung*
6	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
7	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden *Palliativmed. Konsiliardienst;Schwerstkrankenpflege durch ausg. Palliativ Care Kräfte;Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung;Krisenintervention;Sterbebegleitung;Trauerarbeit mit den Hinterbliebenen;alternative Verfahren (z.B. Akupunktur,Musik,Aromatherapie);ethische Fallbesprechungen, Seelsorge*
8	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik *Wassergymnastik für Schmerzpatienten im Trierer Stadtbad.*
9	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
10	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
11	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen *Ambulante Grund- und Aufbauschulungen für Menschen mit Typ 1 und 2 Diabetes, Insulinbehandlung, Insulinpumpentherapie, subcutanes Glucose Monitoring; Verbesserung der Erkennung von Unterzuckerungen, Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining (BGAT); Einzelbehandlung durch Diabetesberater, Diabetesbeauftragte*
12	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung *Situativ in allen Fachabteilungen*
13	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege *Strukturiertes Vorgehen durch den Bereich Soziale Dienste/Pflegeüberleitung*
14	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie *Ergotherapieangebot in Gruppen und Einzelsettings, Unterstützung beim Wiedererlernen von Alltagstätigkeiten*
15	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege *In der Kinder und Jugendmedizin ist das Case Management etabliert, es erfolgt eine Vernetzung zwischen dem stationären Bereich, Haus und Kinderärzten und Nachsorgeeinrichtungen(Villa Kunterbunt)*
16	MP18 - Fußreflexzonenmassage
17	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
18	MP20 - Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie *Für alle Kinderabteilungen über die Villa Kunterbunt sowie im Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie*
19	MP21 - Kinästhetik
20	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
21	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie *Kunsttherapie für Krebspatienten durch Krankenschwestern mit Zusatzausbildung*
22	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
23	MP25 - Massage *In der Abteilung Physiotherapie; sowie Kinder und Babymassage im Bereich Neonatologie Level 1*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
24	MP26 - Medizinische Fußpflege
25	MP27 - Musiktherapie
26	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie *manuelle Therapie*
27	MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot *Festangestellte Lehrer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; PC Programm "Onko-Kids", langzeiterkrankte Kinder können sich per PC in die Heimatschule einschalten und am Unterricht teilnehmen*
28	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
29	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
30	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst *z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie,Tiergestüzte Therapie*
31	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik *für Schmerz- und psychosom. Patienten in Nord, sowie nach Anfrage für Pflegekräfte und die Schüler aus der KPS*
32	MP36 - Säuglingspflegekurse
33	MP37 - Schmerztherapie/-management
34	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen *Patientenorientierte Angebote erfolgen in allen Fachabteilungen, wöchentliche Angebote im Pflegeberatungsbüro des Klinikums*
35	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen *Die Familienkinderkrankenschwester ist Teil des Kinderschutzprojektes „Guter Start ins Kinderleben“, das von der Bundesstiftung „Frühe Hilfen“ gefördert wird*
36	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *Praxisberater;Stillberatung;Pflegeexperten(Diabetesberater/Wundassistenten DDG,Pain-Nurse,Stoma-/Inkontinenzberatung,Hygienebeauftragte,Kindersozialdienst,Kinder-/Babymassage,Pflegeberatung (Patienten,Angehörige),Onkologie (Erwachsene,Kinder);Palliativ Care,Expertenstandards,Breast Nurse,onko.Pflege*
37	MP43 - Stillberatung *Stillberatung erfolgt auf der Entbindungsstation durch ausgebildete Stillberater IBCLC (Internationale Board Certified Lactation Consultant) und durch Stillberaterin auf der Frühgeborenen- und Kinderintensivstation.*
38	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie *Therapie bei Stimm- und Sprachstörungen, Kooperation mit der logopädischen Lehranstalt des Euromedikal Collegs in Trier*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
39	MP45 - Stomatherapie/-beratung *Beratung, Anleitung, Hilfe zur Selbsthilfe -zurückkommen ins tägliche Leben*
40	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik *Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist durch die Zusammenarbeit mit einem Sanitätshaus gewährleistet*
41	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
42	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
43	MP51 - Wundmanagement
44	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen *Adipositas, Angst-und Panikstörungen, Brustkrebs, Cochlea-Implantat (CI), Darmerkrankungen, Depressionen, Epilepsie, Essstörungen, Kehlkopflose, Menschen in Trauer, Pinkpaddler und SEKIS Selbsthilfe, Mukoviszidose e.V., Sausewind (Frühgeborene), Kinderschutzgruppe, Kindergruppe Auryn*
45	MP53 - Aromapflege/-therapie *Auf der Palliativstation und situativ auf den Kindestationen*
46	MP54 - Asthmaschulung
47	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
48	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
49	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
50	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
51	MP62 - Snoezelen
52	MP63 - Sozialdienst *Sozialdienst Kinderbereich, Sozialdienst Erwachsene, Sozialdienst Psychiatrie, Sozialdienst Kinder- und Jugendpsychiatrie*
53	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie *z. B. medizinische Bäder,Stanger-bäder, Vierzellenbäder, Hydro-therapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie*
54	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie *z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga*
55	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
56	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien *Stillcafe: regelmäßige Treffen stillender Mütter zum Informations- und Beratungsaustausch, unter Leitung einer Laktationsberaterin, Frühchencafe*
57	MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
58	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege *Die Zusammenarbeit/Angebote werden in der Abteilung Sozialdienst/Pflegeüberleitung koordiniert; klinikinterne Vernetzung*

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM02: Ein-Bett-Zimmer *Auf den Privatstationen und situativ in allen Fachabteilungen, für sterbende Patienten, schwerstbehinderte Patienten, sowie zur Isolation*
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Privatstationen*
3	NM05: Mutter-Kind-Zimmer
4	NM07: Rooming-in
5	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Im Kinderbereich und situativ im Erwachsenenbereich*
6	NM10: Zwei-Bett-Zimmer *Auf den Privatstationen und in anderen Fachabteilungen je nach Bauzuschnitt*
7	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Auf den Privatstationen und in anderen Fachabteilungen je nach Bauzuschnitt*
8	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen *Als Begleit- und Besuchsdienst "grüne Damen und Herren " stehen ehrenamtliche Mitarbeiter zur Verfügung*
9	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung *persönliche Gespräche, Gottesdienste, Gedenkfeiern, Angebote für Patienten und Angehörige, Angebote für Mitarbeiter, Krankensalbung, Krankenkommunion, ethische Beratung und Fallbesprechung, Begleitung in Lebenskrisen, Begleitung in der letzten Lebensphase, Beistand im Umgang mit Krankheit*
10	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen *Patientenorientierte Angebote erfolgen in allen Fachabteilungen, wöchentliche Angebote im Pflegeberatungsbüro des Klinikums*

#	Leistungsangebot
11	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen *Adipositas, Angst und Panikstörungen, Brustkrebs, Cochlea Implantat(CI), Darmerkrankungen, Demenzverein, Depressionen, Epilepsie, Essstörungen, Kehlkopflose, Menschen in Trauer, Pinkpaddler, SEKIS Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e. V., Papillon e.V., Villa Kunterbunt*
12	NM50: Kinderbetreuung *Kinderbesuchsdienst für Kinder, durch ehrenamtliche Damen und Herren des örtlichen Kinderschutzbundes, "Klinik Clowns" für alle Kinderbereiche und Kinderambulanzen, Nikolausbesuch, Besuch des Karnevalprinzenpaares*
13	NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung
14	NM63: Schule im Krankenhaus
15	NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet *PC Programm "Onko-Kids", langzeiterkrankte Kinder können sich per PC in die Heimatschule einschalten und am Unterricht teilnehmen*
16	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen *Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: vegetarisch, Ernährungsgewohnheiten ohne Schweinefleisch, Angebote von veganer Kost, Diätberatung*
17	NM68: Abschiedsraum
18	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) *Fernsehgerät, Telefon-, Rundfunk- und Internetempfang, Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer, klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen, Andachtsraum (Klinikkapelle, Meditationsraum, Raum der Stille auf der Palliativstation), Gemeinschafts-/Aufenthaltsraum*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Soziale Dienste
Titel, Vorname, Name	Herr Ingo Lauer
Telefon	0651 947 2550
Fax	0651 947 2995
E-Mail	lauer@mutterhaus.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
2	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
3	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen *Sehbehinderte Menschen werden durch Pflegekräfte oder ehrenamtliche Helfer ("Grüne Damen und Herren") begleitet*
4	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
5	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
6	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
7	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
8	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
9	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
10	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
11	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
12	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
13	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
15	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
16	BF24 - Diätetische Angebote
17	BF25 - Dolmetscherdienst *Dolmetscherservice MTS info@mts-translations.com, OPUS translation service info@opus-translations.de, Bundesamt f. Migration u.Flüchtlinge BAMF, Trier, Sprachendienst Inge Herkenrath info@eifeluebersetzungen.com, Gerichtliche Dolmetscher www.justiz-dolmetscher.de*
18	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal *Arabisch, Bulgarisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Hebräisch, Italienisch, Niederländisch, Persisch, Polnisch, Portugisisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Slovakisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch und Vietnamesisch,*
19	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
20	BF30 - Mehrsprachige Internetseite

#	Aspekte der Barrierefreiheit
21	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
22	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
23	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten *Seit 10/20 Koop.partner des Medizincampus Trier (MCT) der Universitätsmedizin Mainz, Vorlesung und Studierendenbetreuung entspr. dem Vorlesungsplan. Zus. Promotionsbetreuung und Teilnahme an multiplen Studien. Alle Habilitierte und APL Professoren haben einen Lehrauftrag an ihren Heimatuniversitäten*
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) *In allen Fachbereichen werden Famulaturen für Medizinstudierende angeboten. Das Klinikum ist seit 1977 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz Regelmäßige Ausbildung, und M3 Prüfung von PJ Studierenden des SS und WS der UM und anderer Fakultäten.*
3	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten *Duales Studium Betriebswirtschaftslehre (BWL) mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement Hochschule Mannheim, Dualer Studiengang Klinische Pflege Universität Trier, Dualer Studiengang Bachelor of Science „Gesundheit und Pflege“ Fachhochschule Mainz, Medizininformatik und Medizintechnik Hochschule Trier*
4	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
5	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
6	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
7	FL09 - Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin *Wir bieten in Kooperation Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege mit den integrierten Bachelorstudiengängen „Klinische Pflege“ und „Gesundheit und Pflege“ an.*

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
2	HB02 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin *Weiterhin bieten wir in Kooperation Ausbildungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit den integrierten Bachelorstudiengängen „Klinische Pflege“ und „Gesundheit und Pflege“ an. Die Studenten absolvieren zusätzlich zum Studium eine Ausbildung zur Pflegefachkraft.*
3	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner *Wir bieten in Kooperation mit der KFH Mainz den dualen Studiengang „Gesundheit und Pflege“ an*
4	HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) *Das Klinikum Mutterhaus vergibt Stipendien für die Ausbildung zum Medizinisch-Technischen Radiologieassistenten (MTRA). Hierfür kooperiert das Klinikum sowohl mit der Schule der Universitätsklinik Homburg als auch mit der Schule des Marienhaus-Klinikums in Neuwied*
5	HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme *das Klinikum ist die praktische Ausbildungsstätte*

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	1077

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	33381
Teilstationäre Fallzahl	920
Ambulante Fallzahl	53485
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	284,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	284,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	35,9
Personal in der stationären Versorgung	248,82

Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	175,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	175,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	25,01
Personal in der stationären Versorgung	150,84

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	7

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (in Vollkräften)	6,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	6,59
Personal in der stationären Versorgung	0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (in Vollkräften)	6,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	6,59
Personal in der stationären Versorgung	0

A-11.2 Pflegepersonal

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	568,64	175,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	568,64	175,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	69,32	54,19
Personal in der stationären Versorgung	499,32	120,87

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	131,2	15,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	131,2	15,68
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,8	2,27
Personal in der stationären Versorgung	127,4	13,41

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	4,3	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,3	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	4,3	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	6,37	1,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,37	1,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,16	1,16
Personal in der stationären Versorgung	5,21	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	12,17	2,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,17	2,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,22	0
Personal in der stationären Versorgung	11,95	2,42

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	22,77	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,77	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	22,77	0

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	3,86	3,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,86	3,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	3,86	3,86

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	102,73 *inkl. Arzthelfer/-in, Kinderarzthelfer/-in, HNO-Arzthelfer/-in*	38,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	102,73	38,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	42,27	10,94
Personal in der stationären Versorgung	60,46	27,59

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	9,77 *inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychologen*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,77

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,71
Personal in der stationären Versorgung	9,06

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	1,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,13
Personal in der stationären Versorgung	1,2

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	1,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,76

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

Anzahl (in Vollkräften)	5,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5,14

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	6,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,65

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und

Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	4,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,65

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	4,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,96

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personalqualifikation	SP04 - Diätassistentin und Diätassistent
Anzahl (in Vollkräften)	5,31 *inkl. Diätberaterin*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	5,31
Personal in der stationären Versorgung	0
Personalqualifikation	SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	7,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	7,81
Personalqualifikation	SP06 - Erzieherin und Erzieher
Anzahl (in Vollkräften)	30,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	30,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	30,07
Personalqualifikation	SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger
Anzahl (in Vollkräften)	1,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,38
Personalqualifikation	SP09 - Heilpädagogin und Heilpädagoge
Anzahl (in Vollkräften)	1,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,7
Personalqualifikation	SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	2,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,46
Personalqualifikation	SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker
Anzahl (in Vollkräften)	3,63
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,63
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,63
Personalqualifikation	SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister
Anzahl (in Vollkräften)	3,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,2 *z.B. für Babymassage*
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,2

Personalqualifikation	SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	1,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,42
Personalqualifikation	SP17 - Oecotrophologin und Oecothrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)
Anzahl (in Vollkräften)	1,5 *auch Gesundheits- und Ernährungsberaterin*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,5
Personalqualifikation	SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer
Anzahl (in Vollkräften)	4,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,04
Personal in der ambulanten Versorgung	2,04
Personal in der stationären Versorgung	2,04
Personalqualifikation	SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	21,93 *inkl. Bewegungstherapeut/in und Krankengymnastik*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	21,93
Personalqualifikation	SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe
Anzahl (in Vollkräften)	20,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	20,88

Personalqualifikation	SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	3,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,73
Personalqualifikation	SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter
Anzahl (in Vollkräften)	3,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,46
Personalqualifikation	SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge
Anzahl (in Vollkräften)	9,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	9,44
Personalqualifikation	SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie
Anzahl (in Vollkräften)	1 *Darüber hinaus werden rd. 9,0 VK Stoma-Fachkräfte auf den Stationen als Stomabeauftragte eingesetzt.*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Personalqualifikation	SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement
Anzahl (in Vollkräften)	3,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,45

Personalqualifikation	SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta
Anzahl (in Vollkräften)	3,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,34
Personalqualifikation	SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater
Anzahl (in Vollkräften)	1 *Diabetesberaterin, Gesundheits- und Ernährungsberaterin Diabetes*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Personalqualifikation	SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie
Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Personalqualifikation	SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik
Anzahl (in Vollkräften)	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,5
Personalqualifikation	SP54 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Anzahl (in Vollkräften)	1,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	1,17
Personalqualifikation	SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)
Anzahl (in Vollkräften)	2,12 *Labor ist z.T. externer Dienstleister*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,12
Personalqualifikation	SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)
Anzahl (in Vollkräften)	18,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,26
Personal in der stationären Versorgung	15,51
Personalqualifikation	SP58 - Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)
Anzahl (in Vollkräften)	5,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5,15
Personalqualifikation	SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
Anzahl (in Vollkräften)	1,76 *Inkl. Rettungssanitäterin*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,76
Personalqualifikation	SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)
Anzahl (in Vollkräften)	0,77

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,77

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	stellv. Leitung
Titel, Vorname, Name	Lena Rieder
Telefon	0651 947 82867
E-Mail	QRM@mutterhaus.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Qualitäts- und Risikomanagement, Geschäftsführung, Pflegedirektion, Stabsstellen, weitere relevante Abteilungen
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Risiko- und Compliance-Verantwortliche
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM05: Schmerzmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
5	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
6	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
7	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
8	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
9	RM04: Klinisches Notfallmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
10	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
12	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
13	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
14	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
15	RM06: Sturzprophylaxe **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
16	RM18: Entlassungsmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
17	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem **Frequenz:** bei Bedarf
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen **Frequenz:** jährlich
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor **Letzte Aktualisierung:** 01.07.2022

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Kontinuierliche Prozessoptimierung im Sinne der Sicherstellung der Patientensicherheit (angelehnt an die Standards der Joint Commission International und den Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit).

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja

Genutzte Systeme

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	3
Erläuterungen	PD Dr. Sebastian Schulz-Stübner beratender Klinikhygieniker, Freiburg, Christian Mertes und Dr. Phlipp Weber

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	29

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	5

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	45

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Abteilungsleiter Klinikhygiene, Hygienefachkraft
Titel, Vorname, Name	Peter Leonards
Telefon	0651 947 82888
Fax	0651 947 3208
E-Mail	Peter.Leonards@mutterhaus.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

#	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	33

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	123

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen **Name:** Leitung des Arbeitskreises Hygiene in Trier/MRE Netzwerk Wittlich und Uni Homburg
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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

Infektionen

- ☑ CDAD-KISS
- ☑ HAND-KISS
- ☑ DAS-KISS
- ☑ MRSA-KISS
- ☑ NEO-KISS
- ☑ OP-KISS
- ☑ SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikoberin
Titel, Vorname, Name	Frau Elke Kirsch
Telefon	0651 947 3388
Fax	0651 947 3389
E-Mail	klinikoberin@mutterhaus.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sekretariat Klinikoberin
Titel, Vorname, Name	Frau Gisela Dany
Telefon	0651 947 3387
Fax	0651 947 3386

E-Mail	danyg@mutterhaus.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Mitte: Frau Gisela Binz
Telefon	01578 2034001
E-Mail	klinikoberin@mutterhaus.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Nord: Frau Telse Radeloff-von Drathen
Telefon	0651 683 0
E-Mail	klinikoberin@mutterhaus.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Anderes Gremium Arbeitsgruppe

Details

Name des Gremiums Arbeitsgruppe	AMTS-Team
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Apotheke, Risk-Management, Pflege, Ärzte

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Apothekerin
Titel, Vorname, Name	MSc Sabine Steinbach
Telefon	0651 947 2801
Fax	0651 947 2803
E-Mail	sabine.Steinbach@Mutterhaus.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	6
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	8

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** relevante Dokumentation im digitalen Dokumentenmanagement **Letzte Aktualisierung:** 01.09.2022
4	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
5	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
7	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
8	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
9	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
10	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

☑ Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
☑ Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
☑ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

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

☑ Sonstige_elektronische_Unterstuetzung: WebMuse: elektronische Bestellung. WinZenzy: elektronische Bestellung Chemotherapie und TPN. Rowa: Abgabe von Arztneimittel

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

☑ Fallbesprechungen
☑ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☑ Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
☑ Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
☑ Andere_Massnahme: Therapiemonitoring onkologiesche und neonatologische Patienten

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

☑ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
☑ Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
☑ Aushändigung des Medikationsplans
☑ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja *Gerät zur Gefäßdarstellung*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja *Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen* *Mitte: 24 Stunden verfügbar: ja. Nord: Niedergelassene Radiologen im Haus. Für 2021 erfolgte die Sicherstellung der 24-Stunden Verfügbarkeit in Kooperation mit dem Standort Mitte.*
3	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein *Hirnstrommessung*
4	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja *Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)*
5	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja
6	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*
7	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich
8	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja *Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder* *Mitte: 24 Stunden verfügbar: ja. Nord: Niedergelassene Radiologen im Haus. Für 2021 erfolgte die Sicherstellung der 24-Stunden Verfügbarkeit in Kooperation mit dem Standort Mitte.*
9	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich *Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse*
10	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich *Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich*
11	AA30 - Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Keine Angabe erforderlich *Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
12	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich *Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten*
13	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich *Harnflussmessung*
14	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja *Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck*
15	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich *Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden*
16	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja *Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)*
17	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich *Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung*
18	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich *Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik*
19	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Nein *Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße*

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet
Erläuterungen	Additiv: erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) für Patienten unter 18 Jahren (§ 25 Absatz 3 G-BA-Beschluss)

Stufen der Notfallversorgung

☑ Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt	Nein

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100] Innere Medizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Torsten Engler
Telefon	0651 683 2201
Fax	0654 683 2290
E-Mail	isabelle.franke@mutterhaus.de
Strasse	Theobaldstraße
Hausnummer	12
PLZ	54292
Ort	Trier
URL	https://www.mutterhaus.de/klinikum-mutterhaus-nord/medizinische-fachabteilungen/innere-medizin.html#contentTop

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten *Basisdiagnostik mit Ruhe-, Belastungs- und Langzeit- EKG. Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) mit Farbdoppleruntersuchung am Brustkorb, über die Speiseröhre (TEE) und unter Belastung (Stress-Echo)*
2	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes *Basisdiagnostik mit Röntgen, CT, MRT und Lungenfunktionsprüfung*
3	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit *Zusatzdiagnostik mit Carotisdruckversuch und Kipptischuntersuchung. Einbau, Kontrolle und Programmierung von Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren (ICD) und Event-Rekordern (ILR)*
4	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *Duplexsonographische Untersuchungen von: Becken und Beinen-, Bauch und Nierenarterien, inneren Organen (Leber, Milz), extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Arterien. Arterielle Verschlussdruckmessung. Laufbandergometrie. Schulung von Pat. mit gerinnungshemmenden Mitteln*
5	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten *Doppler – und Duplexsonographische Untersuchungen: Becken und Beinen, Bauch- und Nierenvenen, Inneren Organen (Leber, Milz), Lymphdrainage*
6	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten *24-Stunden Notfalldiagnostik bei Verdacht auf Schlaganfall. Umfangreiche Umfelddiagnostik, auch unter Mitarbeit eines niedergelassenen Neurologen im Konsiliardienst. Therapeutische Einstellung der Risikoerkrankungen*
7	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) *Langzeitblutdruckmessung. Differentialdiagnostik zum Nachweis, bzw. Ausschluss einer sekundären Hypertonie*

#	Medizinische Leistungsangebote
8	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen *Basisdiagnostik mit Labor und Sonografie*
9	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *Basisdiagnostik mit Labor und bildgebenden Verfahren, Knochenmarkbiopsie*
10	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten *Diagnostik und Therapie der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) einschließlich Neueinstellung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern sowie Diabetikerschulung durch das Diabetesschulungsteam. Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen und Fettstoffwechselstörungen. Ernährungsberatung*
11	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane (auch mit Kontrastmittel), Magen-, Darm- u. Enddarmspiegelung einschl. Abtragung von Polypen, Stillen von Blutungen, Hämorrhoidenverödung und –ligatur, Chromo-Endoskopie, Anlage, Wechsel u. Entfernung einer Magenfistel (PEG) zur künstlichen Ernährung*
12	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *Basisdiagnostik mit Labor und bildgebenden Verfahren*
13	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *flexible Bronchoskopie mit Lavage und / oder Biopsie, Lungenfunktionsdiagnostik, Diagnostik schlafbezogener Atemstörungen (Polygraphie), Ultraschalluntersuchung des Brustkorbes, diagnostische und therapeutische Punktion der Brusthöhle*
14	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *Diagnostik mit bildgebenden Verfahren, Punktionen*
15	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *Diagnostik und Therapie von rheumatischen Erkrankungen, degenerativen Erkrankungen und Osteoporose in enger Zusammenarbeit mit dem orthopädischen Konsiliararzt*
16	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *Diagnostik bei bösartigen Erkrankungen, einschließlich Knochenmarkspunktion. Durchführung einfacher zytostatischer Therapien bei Neubildungen des Magen- Darm-Traktes, der Lunge oder bei hämatologischen Erkrankungen. Durchführung von Staging- Untersuchungen*
17	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten *Diagnostik mit Labor und bildgebenden Verfahren*

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
19	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen *Durchführung von Entgiftungstherapien bei Alkoholismus, internistische Begleitdiagnostik, sozialmedizinische Betreuung, Einleitung einer ambulanten Weiterversorgung*
20	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis *Behandlung nach Leitlinien*
21	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen *Behandlung nach Leitlinien*
22	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen *Diagnostik mit Langzeit-EKG und implantierbaren Loop-Rekordern (am Standort Mitte)*
23	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen *Basisdiagnostik*
24	VI35 - Endoskopie *Behandlung aller internistischen Krankheitsbilder unter der Berücksichtigung der physiologischen Besonderheiten bei älteren und alten Menschen. Einleitung bzw. Optimierung der ambulanten, sozialmedizinischen und pflegerischen Versorgung mit Hilfe des Sozialdienstes und einer Überleitschwester*
25	VI39 - Physikalische Therapie *nach Leitlinien*

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

Vollstationäre Fallzahl	1095
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	154
2	I50	Herzinsuffizienz	83
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	68
4	E86	Volumenmangel	58

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	56
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	52
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	32
8	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	29
9	K29	Gastritis und Duodenitis	24
10	N17	Akutes Nierenversagen	21

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	462
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	294
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	202
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	176
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	139
6	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	130
7	1-650	Diagnostische Koloskopie	126
8	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	92
9	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	89
10	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	55

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz von Dr. Torsten Engler

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Internistische Notfallambulanz des Krankenhauses
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Behandlung
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Herzschrittmacherambulanz *Im Rahmen der Herzschrittmacherambulanz erfolgt die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (Dr. S. Maier)*

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	289
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	126
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	35

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

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften) 16,25

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,62
Personal in der stationären Versorgung	15,63
Fälle je Vollkraft	68,44
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	5,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,2
Personal in der stationären Versorgung	5,03
Fälle je Vollkraft	219

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie
2	AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	21,64

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	21,64
Fälle je Vollkraft	49,77

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,68
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,68
Fälle je Vollkraft	1095

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,3
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,22

Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,19
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,08
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP02 - Bobath
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP07 - Geriatrie *z. B. Zercur*
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP16 - Wundmanagement *z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW*
6	ZP25 - Gerontopsychiatrie
7	ZP03 - Diabetes *z. B. Diabetesmentor*

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

B-[0105] Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie

B-[0105].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie

B-[0105].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0105 - Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie

B-[0105].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rolf Mahlberg
Telefon	0651 947 2377
Fax	0651 947 2574
E-Mail	innere1@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[0105].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

September 2014 nach § 135c SGB V

B-[0105].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI00 - („Sonstiges"): Sonographie *Sonographie aller möglichen Organe, Dopplersonographie (Ultraschalluntersuchung der Organe und des Blutflusses). Ultraschallgezielte Punktionen und Drainagen aller Organe, der Körperhöhlen oder bei Organsbszessen*
2	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
3	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
4	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
5	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
6	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
7	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
8	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
9	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
10	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
11	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
12	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
13	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
14	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
15	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
16	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
17	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
18	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
19	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
21	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
22	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
23	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
24	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
25	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
26	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
27	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
28	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
29	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
30	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
31	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
32	VI20 - Intensivmedizin
33	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
34	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
35	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
36	VI27 - Spezialsprechstunde
37	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
38	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
39	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
40	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
41	VI35 - Endoskopie
42	VI36 - Mukoviszidosezentrum
43	VI38 - Palliativmedizin
44	VI39 - Physikalische Therapie

#	Medizinische Leistungsangebote
45	VI40 - Schmerztherapie
46	VI42 - Transfusionsmedizin
47	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
48	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
49	VN23 - Schmerztherapie
50	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
51	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
52	VP14 - Psychoonkologie
53	VR02 - Native Sonographie
54	VR04 - Duplexsonographie
55	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
56	VR47 - Tumorembolisation
57	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis

B-[0105].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3929
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	358
2	C83	Nicht follikuläres Lymphom	335
3	C16	Bösartige Neubildung des Magens	327
4	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	295
5	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	294
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	280
7	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	169
8	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	145

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	79
10	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	76

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1169
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	1136
3	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	975
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	946
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	918
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	860
7	3-996	Anwendung eines 3D-Bildwandlers	851
8	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	851
9	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	440
10	3-998	Serieller Vergleich von mehr als zwei PET- oder PET/CT-Untersuchungen	424

B-[0105].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Hämatologische Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Mukoviszidose Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	KMT-Ambulanz
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Onkologische Ambulanz
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Sonographie Ambulanz
6	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz

B-[0105].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Hämatologische Ambulanz	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
2	KMT-Ambulanz	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
3	Mukoviszidose Ambulanz	VI27 - Spezialsprechstunde
4	Onkologische Ambulanz	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	Sonographie Ambulanz	VI00 - („Sonstiges")

B-[0105].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	6
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4

3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 4

B-[0105].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0105].11 Personelle Ausstattung

B-[0105].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	29,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,71
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,74
Personal in der stationären Versorgung	25,97
Fälle je Vollkraft	151,29
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	15,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,87
Personal in der stationären Versorgung	13,53
Fälle je Vollkraft	290,39

B-[0105].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ03 - Arbeitsmedizin
3	AQ23 - Innere Medizin
4	AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
5	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
6	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0105].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF05 - Betriebsmedizin
3	ZF14 - Infektiologie
4	ZF15 - Intensivmedizin
5	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –
6	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
7	ZF28 - Notfallmedizin
8	ZF30 - Palliativmedizin
9	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –
10	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

Fortbildung "Psychoonkologie" ebenfalls vorhanden

B-[0105].11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und

Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	34,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	34,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	34,36 *4,42 VK onkologisches Zentrum*
Fälle je Vollkraft	114,35

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,46
Fälle je Vollkraft	8541,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,12
Fälle je Vollkraft	32741,67

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,74

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,74
Fälle je Vollkraft	1433,94

B-[0105].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[0105].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP14 - Schmerzmanagement *Pain Nurse*
3	ZP20 - Palliative Care

B-[0105].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0107] Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

B-[0107].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

B-[0107].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0107 - Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

B-[0107].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Gastroenterologie/Endoskopie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Erwin Rambusch
Telefon	0651 947 2552
Fax	0651 947 3769
E-Mail	Erwin.rambusch@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[0107].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[0107].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie von hormonellen Störungen aufgrund von Erkrankungen der hormonproduzierenden Organe
2	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *Behandlung von Venenerkrankungen und Lungenembolien, inklusive Lysetherapie (medikamentöse Auflösung von Thrombosen) in Zusammenarbeit mit der Radiologie und der Gefäßchirurgie*
3	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
4	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *Behandlung von Durchblutungsstörungen des Gehirns, der Halsschlagader, der Blutgefäße im Brust- und Bauchraum, im Becken und an Armen und Beinen in Zusammenarbeit mit der Radiologie und der Gefäßchirurgie*
5	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
7	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
8	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Ultraschalldarstellung der Bauchorgane und Lymphknoten. Dopplersonographie der Darmdurchblutung. Ambulante und stationäre endoskopische Diagnostik und Therapie.*
10	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
11	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
12	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *Untersuchung und Therapie von entzündlichen, stoffwechselbedingten und autoimmunen Lebererkrankungen und der Leberzirrhose einschließlich Komplikationen.*
13	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *Lungenfunktionsprüfung und Bronchoskopie sowie endobronchialer Ultraschall einschl. Biopsie (EBUS)*

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
15	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	VI20 - Intensivmedizin
17	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
18	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
19	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
20	VI35 - Endoskopie *Radiofrequenzablation b. Gallengangstumor(Zufuhr von gr. Hitze zur Zerstörung von Gewebe in def. Ber. des Körpers),endosk. Vollwandresektion(Technik zur Entf von Adenomen/Polypen o. Frühstadien d.Dickdarmkrebs),Drainage von Pankreapseudozyst. endosonog.m.Metallstent,Bronchoskopie,pädiatr. Endoskopie*
21	VI40 - Schmerztherapie
22	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
23	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
24	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
25	VI00 - („Sonstiges"): Endosonographie/ERCP/PTCD/Notfallendoskopie *Einschl. Punktionen und Drainageanlagen*

B-[0107].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1413
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	123
2	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	84
3	K29	Gastritis und Duodenitis	77
4	K57	Divertikulose des Darmes	71

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	63
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	46
7	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	43
8	K85	Akute Pankreatitis	43
9	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	39
10	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	37

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-900	Intravenöse Anästhesie	792
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	742
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	449
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	447
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	423
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	314
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	282
8	5-469	Andere Operationen am Darm	221
9	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	220
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	155

B-[0107].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsambulanz für chronisch entzündliche Darmerkrankungen und spezieller Biologikatherapie
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gastroenterologie Ambulanz incl. Endoskopie *Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen Darm Traktes*
3	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz *Endokrinologie*
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Gastroenterologie

B-[0107].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Gastroenterologie Ambulanz incl. Endoskopie	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

B-[0107].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	675
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	321
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	170

B-[0107].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[0107].11 Personelle Ausstattung

B-[0107].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	6,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,97
Personal in der stationären Versorgung	5,25
Fälle je Vollkraft	269,14
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,7
Personal in der stationären Versorgung	3,75
Fälle je Vollkraft	376,8

B-[0107].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie
3	AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

#	Facharztbezeichnungen
4	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0107].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF07 - Diabetologie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[0107].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	9,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	9,8
Fälle je Vollkraft	144,18

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,16
Fälle je Vollkraft	8831,25

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,3
Fälle je Vollkraft	4710

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,23
Fälle je Vollkraft	6143,48

B-[0107].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[0107].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren, DDG-Assistenz*
2	ZP14 - Schmerzmanagement *Pain Nurse*
3	ZP16 - Wundmanagement *Wundassistenten*
4	ZP20 - Palliative Care

B-[0107].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0200] Geriatrie

B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

B-[0200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Achim Bernhard
Telefon	0651 683 2400
Fax	0651 683 2401
E-Mail	gerisekretariat@mutterhaus.de
Strasse	Theobaldstraße
Hausnummer	12
PLZ	54292
Ort	Trier
URL	https://www.mutterhaus.de/klinikum-mutterhaus-nord/medizinische-fachabteilungen/geriatrie/#contentTop

B-[0200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten *Basisdiagnostik mit Ruhe-, Belastungs- und Langzeit- EKG. Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) mit Farbdoppleruntersuchung am Brustkorb, über die Speiseröhre (TEE) und unter Belastung (Stress-Echo). Ohne Herzkatheter und perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)*
2	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes *Basisdiagnostik mit Röntgen, CT, MRT und Lungenfunktionsprüfung*
3	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *Doppler – und Duplexsonographische Untersuchungen von: Becken und Beinen-, Bauch und Nierenarterien. Inneren Organen (Leber, Milz), extra und intrakraniellen hirnversorgenden Arterien. Arterielle Verschlussdruckmessung. Laufbandergometrie. Schulung von Pat. mit gerinnungshemmenden Mitteln*
5	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) *Langzeitblutdruckmessung. Differentialdiagnostik zum Nachweis bzw. Ausschluss einer sekundären Hypertonie. Mitbetreuung durch die augenärztliche Abteilung des Hauses*
7	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen *Basisdiagnostik mit Labor und Sonografie*
8	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *Basisdiagnostik mit Labor und bildgebenden Verfahren, Knochenmarkbiopsie*

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten *Diagnostik und Therapie der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) einschließlich Neueinstellung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern sowie Diabetikerschulung durch das Diabetesschulungsteam. Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen und Fettstoffwechselstörungen. Ernährungsberatung*
10	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane (auch mit Kontrastmittel), Endoskopie des Verdauungstraktes (Magen-, Darm- und Enddarmspiegelung) einschließlich Abtragung von Polypen, Stillen von Blutungen (Argon- Plasma- Koagulation und Endoclip*
11	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *Basisdiagnostik mit Labor und bildgebenden Verfahren*
12	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *flexible Bronchoskopie mit Lavage und / oder Biopsie, Lungenfunktionsdiagnostik, Diagnostik schlafbezogener Atemstörungen (Polygraphie), Ultraschalluntersuchung des Brustkorbes, diagnostische und therapeutische Punktion der Brusthöhle*
13	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *Diagnostik mit bildgebendem Verfahren, Punktionen*
14	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *Diagnostik und Therapie von rheumatischen Erkrankungen, degenerativen Erkrankungen und Osteoporose in enger Zusammenarbeit mit dem orthopädischen Konsiliararzt*
15	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *Diagnostik bei bösartigen Erkrankungen, einschließlich Knochenmarkspunktion. Durchführung einfacher zytostatischer Therapien bei Neubildungen des Magen- Darm-Traktes, der Lunge oder bei hämatologischen Erkrankungen. Durchführung von Staging- Untersuchungen*
16	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten *Diagnostik mit Labor und bildgebenden Verfahren*
17	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen *Behandlung aller internistischen Krankheitsbilder unter der Berücksichtigung der physiologischen Besonderheiten bei älteren und alten Menschen. Einleitung, bzw. Optimierung der ambulanten sozialmed. und pflegerischen Versorgung mit Hilfe des Sozialdienstes sowie unserer Überleitschwester*

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen *Durchführung von Entgiftungstherapien bei Alkoholismus, internistische Begleitdiagnostik, sozialmedizinische Betreuung, Einleitung einer ambulanten Weiterversorgung*
19	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis *Behandlung nach Leitlinien*
20	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen *Behandlung nach Leitlinien*
21	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen *Diagnostik mit Langzeit-EKG und implantierbaren Loop- Rekordern*
22	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen *Basisdiagnostik*
23	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen *z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn*
24	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden *Zusammen mit neurologischem Konsilarzt*
25	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
26	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
27	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
28	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
29	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
30	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
31	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
32	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
33	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
34	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

#	Medizinische Leistungsangebote
35	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen *z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel*
36	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen *Zusammen mit psychiatrischem Konsilarzt*
37	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren *Zusammen mit psychiatrischem Konsiliararzt*
38	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen *Zusammen mit psychiatrischem Konsiliararzt*
39	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
40	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
41	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
42	VD05 - Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
43	VD06 - Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
44	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
45	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
46	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*

#	Medizinische Leistungsangebote
47	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
48	VD17 - Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen *Zusammen mit dermatologischem Konsilarzt*
49	VD20 - Wundheilungsstörungen
50	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
51	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen *24-Stunden Notfalldiagnostik bei Verdacht auf Schlaganfall. Umfangreiche Umfelddiagnostik, auch unter Mitarbeit eines niedergelassenen Neurologen im Konsiliardienst. Theraupeutische Einstellung der Risikoerkrankungen*
52	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs *Zusammen mit der Inneren Medizin*
53	VI00 - („Sonstiges"): Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
54	VI35 - Endoskopie
55	VI38 - Palliativmedizin
56	VI39 - Physikalische Therapie *nach Leitlinien*
57	VI40 - Schmerztherapie
58	VI42 - Transfusionsmedizin
59	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute *Zusammen mit neurologischem Konsiliararzt*
60	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen *Zusammen mit neurologischem Konsiliararzt*
61	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems *Zusammen mit neurologischem Konsiliararzt*

#	Medizinische Leistungsangebote
62	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels *Zusammen mit neurologischem Konsiliararzt*
63	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen *Zusammen mit neurologischem Konsiliararzt*
64	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
65	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen *Zusammen mit psychiatrischem Konsiliararzt*
66	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen *Zusammen mit psychiatrischem Konsiliararzt*
67	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen *Zusammen mit psychiatrischem Konsiliararzt*
68	VR15 - Arteriographie
69	VR02 - Native Sonographie
70	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
71	VR04 - Duplexsonographie
72	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel *Zusammen mit der Inneren Medizin*
73	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
74	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	905
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	194
2	I50	Herzinsuffizienz	78
3	E86	Volumenmangel	44
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	40
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	34
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	30
7	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	24
8	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	22
9	G30	Alzheimer-Krankheit	22
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	15

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	462
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	367
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	220
4	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	151
5	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	142
6	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	99
7	8-390	Lagerungsbehandlung	96
8	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	90
9	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	56
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	42

B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Internistische Notfallambulanz des Krankenhauses

B-[0200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[0200].11 Personelle Ausstattung

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	5,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5,09
Fälle je Vollkraft	177,8
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,19

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,19
Fälle je Vollkraft	215,99

B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF07 - Diabetologie

B-[0200].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	12,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	12,64
Fälle je Vollkraft	71,6

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und

Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,21
Fälle je Vollkraft	4309,52

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4
Fälle je Vollkraft	226,25

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,96
Fälle je Vollkraft	461,73

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,63
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,63
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,63
Fälle je Vollkraft	344,11

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,49
Fälle je Vollkraft	1846,94

B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ20 - Praxisanleitung
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP07 - Geriatrie *z. B. Zercur*
4	ZP08 - Kinästhetik

#	Zusatzqualifikation
5	ZP16 - Wundmanagement *z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW*
6	ZP25 - Gerontopsychiatrie
7	ZP03 - Diabetes *z. B. Diabetesmentor*

B-[0200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0300] Kardiologie

B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kardiologie

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie

B-[0300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Frank Patrick Schmidt
Telefon	0651 947 3430
Fax	0651 947 3431
E-Mail	lena.erhardt@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[0300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
4	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1589
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I20	Angina pectoris	233
2	I50	Herzinsuffizienz	201
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	142
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	135
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	115
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	101
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	76
8	R55	Synkope und Kollaps	57
9	I26	Lungenembolie	35
10	R00	Störungen des Herzschlages	32

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	923

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	550
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	418
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	281
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	138
6	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	137
7	1-710	Ganzkörperplethysmographie	134
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	125
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	104
10	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	87

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Herzschrittmacher- und ICD-Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Kardiologische Privatambulanz
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Kardiologie

B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	9

B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0300].11 Personelle Ausstattung

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	8,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,17
Personal in der stationären Versorgung	8,36
Fälle je Vollkraft	176,56
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,08
Personal in der stationären Versorgung	4,47
Fälle je Vollkraft	317,8

B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie
3	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0300].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	11,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	11,22
Fälle je Vollkraft	144,45

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0,09
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,02
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,44
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,3
Fälle je Vollkraft	0

B-[0300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *z. B. Diabetesmentoren*
2	ZP13 - Qualitätsmanagement *z.B. Qualitätsbeauftragte im Gesundheitswesen*

B-[0300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1000] Kinder-und Jugendmedizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kinder-und Jugendmedizin

B-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1000 - Pädiatrie

B-[1000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Thomas
Telefon	0651 947 2654
Fax	0651 947 2587
E-Mail	paediatrie@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
2	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
3	VD17 - Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
4	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
5	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen *EKG, Langzeit-EKG, Echokardiographie, 1 Kinderkardiologe im Team, Kooperation mit niedergelassenen Kinderkardiologen sowie kinderkardiologischen Zentren; Kooperation mit der Kinderklinik Kaiserslautern zur kinderkardiologischen Versorgung im Perinatalzentrum*
6	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
7	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen *Diagnostik und Therapie der obstruktiven und refluxiven Uropathien in Kooperation mit der Kinderchirurgie*
8	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) *Die Abteilung ist zertifiziertes Schulungs- und Behandlungszentrum für Kinder und Jugendliche mit Typ-1 Diabetes nach DDG*
9	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes *Diagnostik u. Therapie von Ösophagusatresien u. Atresien im weiteren Gastrointestinaltrakt in Koop. mit der Kinder-/Jugendchirurgie;chronisch entzündl. Darmerkrankungen im Kindesalter;Kurzdarmpatienten incl. heimparenteraler Ernährung;Zöliakie,Nahrungsmittelallergie,eosinophile Ösophagitis;Atemtests*
10	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *Die Abteilung verfügt über eine zertifizierte Mukoviszidose Ambulanz als Mitglied des CF Verbundes RLP. Schweißtest, Spirometrie, Bodyplethysmografie, FeNO-Messung, diagnostische flexible Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie, Asthmaschulungen*
12	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VK10 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen *Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämatoonkologischen Erkrankungen im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung von Kinder- und Jugendhämatoonkologen*
14	VK11 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
15	VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin *Perinatalzentrum Level I. Für den Transport kranker Neugeborener aus dem regionalen geburtshilflichen Abteilungen steht ein Notarztwagen zur Verfügung, der durch Mitarbeiter der Kinderintensivstation besetzt ist.*
16	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien *allergologische Ambulanz, Hyposensibilisierungen incl. „Ultra-Rush“ und „Rush“ Hyposensibilisierung bei Bienen- und Wespengiftallergie, Nahrungsmittelprovokation*
17	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
18	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
19	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
20	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
21	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
22	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
23	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
24	VK23 - Versorgung von Mehrlingen
25	VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
26	VK25 - Neugeborenenscreening
27	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
28	VK28 - Pädiatrische Psychologie

#	Medizinische Leistungsangebote
29	VK29 - Spezialsprechstunde *Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen: Gastroenterologie, Sonographie, Mukoviszidose, Allergologie und Pneumonologie, Hämato-Onkologie, Immunologie, Rheumatologie, Diabetes mellitus und Neuropädiatrie mit Epileptologie und Schlafmedizin*
30	VK30 - Immunologie
31	VK34 - Neuropädiatrie
32	VK36 - Neonatologie
33	VK37 - Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
34	VN22 - Schlafmedizin *pädiatrisches Schlaflabor*

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

Vollstationäre Fallzahl	2441
Teilstationäre Fallzahl	427

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	223
2	G40	Epilepsie	123
3	J20	Akute Bronchitis	111
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	63
5	J21	Akute Bronchiolitis	63
6	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	62
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	62
8	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	58
9	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	56

10	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	53

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2455
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	663
3	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	532
4	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	396
5	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	380
6	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	336
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	282
8	8-121	Darmspülung	246
9	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	245
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	207

B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Hämato-Onkologie
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Mukoviszidose
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Immunologie -/Rheumatologie

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Neuropädiatrie
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Pneumologie
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gastroenterologie
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Allergologie
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Spezielle Sonografie im Kindes- und Jugendalter
9	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
10	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Allergologie	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
2	Gastroenterologie	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
3	Hämato-Onkologie	VK10 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
4	Immunologie -/Rheumatologie	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
5	Mukoviszidose	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	Neuropädiatrie	VK34 - Neuropädiatrie
7	Pneumologie	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
8	Spezielle Sonografie im Kindes- und Jugendalter	VK29 - Spezialsprechstunde

B-[1000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

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

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

B-[1000].11 Personelle Ausstattung

B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	25,65 *inkl. 2 spendenfinanzierte Stellen*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	5,44
Personal in der stationären Versorgung	20,21
Fälle je Vollkraft	93,88
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	13,6 *inkl. Neuropädiatrie, inkl.1 spendenfinanzierte Stelle*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,88
Personal in der stationären Versorgung	10,72
Fälle je Vollkraft	174,36

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
3	AQ33 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie
4	AQ34 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
5	AQ35 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
6	AQ36 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie

B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF07 - Diabetologie
3	ZF15 - Intensivmedizin *auch: spezielle pädiatrische Intensivmedizin*
4	ZF16 - Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie

B-[1000].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	5,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5,66
Fälle je Vollkraft	406,83

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

Anzahl (in Vollkräften)	73,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	73,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	73,91
Fälle je Vollkraft	32,99

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,79
Fälle je Vollkraft	2441

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	3,16

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,16
Fälle je Vollkraft	813,67

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ07 - Pflege in der Onkologie
4	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesberater*
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP20 - Palliative Care

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

B-[1300] Kinderchirurgie

B-[1300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kinderchirurgie

B-[1300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1300 - Kinderchirurgie

B-[1300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Monika Krause
Telefon	0651 947 2658
Fax	0651 947 2830
E-Mail	info@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[1300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[1300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita *In Zusammenarbeit mit den Augenärzten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier*
2	VA15 - Plastische Chirurgie
3	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde *In Zusammenarbeit mit den Augenärzten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier*
4	VA18 - Laserchirurgie des Auges *In Zusammenarbeit mit den Augenärzten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier*
5	VC04 - Chirurgie der angeborenen Herzfehler *Ductus Botalli*
6	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
7	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
8	VC20 - Nierenchirurgie
9	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
10	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
11	VC24 - Tumorchirurgie
12	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken *In Zusammenarbeit mit der Abteilung Orthopädie*
14	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
15	VC30 - Septische Knochenchirurgie
16	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
17	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
18	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
20	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
21	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
22	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
23	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
24	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
25	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
26	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
27	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
28	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
29	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
30	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
31	VC58 - Spezialsprechstunde
32	VC62 - Portimplantation
33	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie *Narbenkorrekturen, Deckung von Weichteildefekten*
34	VC66 - Arthroskopische Operationen *In Zusammenarbeit mit der Abteilung Orthopädie*
35	VC68 - Mammachirurgie
36	VC69 - Verbrennungschirurgie
37	VC70 - Kinderneurochirurgie *Hydrocephaluschirurgie*
38	VC71 - Notfallmedizin
39	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
40	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

#	Medizinische Leistungsangebote
41	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen *Kryotherapie, Zusammenarbeit mit Augenarztpraxis Berg und Franzen*
42	VD20 - Wundheilungsstörungen
43	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
44	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
45	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
46	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften *Mitbetreuung pränataler Fehlbildungen*
47	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle *Zungen- und Lippenbändchen*
48	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
49	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
50	VI35 - Endoskopie
51	VI40 - Schmerztherapie
52	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
53	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
54	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
55	VK10 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
56	VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
57	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
58	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
59	VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
60	VK31 - Kinderchirurgie
61	VK32 - Kindertraumatologie

#	Medizinische Leistungsangebote
62	VO12 - Kinderorthopädie *Klumpfußbehandlung, andere Operationen in Zusammenarbeit mit der Orthopädie*
63	VO15 - Fußchirurgie *Klumpfuß*
64	VO16 - Handchirurgie *Polydaktylie, Syndaktylie und Handverletzungen*
65	VR02 - Native Sonographie
66	VR04 - Duplexsonographie
67	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
68	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
69	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
70	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
71	VU08 - Kinderurologie
72	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
73	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
74	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
75	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik *Uroflowmetrie*
76	VZ04 - Dentoalveoläre Chirurgie *In Zusammenarbeit mit niedergelassener Zahnärztin*
77	VZ20 - Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose

B-[1300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1108
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	302
2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	138
3	S52	Fraktur des Unterarmes	75
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	35
5	K35	Akute Appendizitis	34
6	Q53	Nondescensus testis	29
7	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	21
8	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	21
9	K40	Hernia inguinalis	19
10	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	19

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	642
2	8-121	Darmspülung	124
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	85
4	5-984	Mikrochirurgische Technik	59
5	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	58
6	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	56
7	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	55
8	5-921	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen	41
9	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	40
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	39

B-[1300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kinderchirurgische Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kindertraumatologie und Skelettfehlbildung;Klumpfuß nach Ponseti
3	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
4	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt-/Berufsgenossenschaft *auch VAV*
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

B-[1300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	18
2	5-640	Operationen am Präputium	13
3	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	6
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	6
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
6	5-624	Orchidopexie	< 4
7	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
8	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4

B-[1300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1300].11 Personelle Ausstattung

B-[1300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	7,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,75
Personal in der stationären Versorgung	4,99
Fälle je Vollkraft	222,04
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	5,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,99
Personal in der stationären Versorgung	3,56
Fälle je Vollkraft	311,24

B-[1300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ09 - Kinderchirurgie

B-[1300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin *hier: Fachkunde Rettungsdienst*
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[1300].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,76
Fälle je Vollkraft	1457,89

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

Anzahl (in Vollkräften)	8,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	8,15
Fälle je Vollkraft	135,95

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,01
Fälle je Vollkraft	110800

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5
Fälle je Vollkraft	221,6

B-[1300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ09 - Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[1300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP15 - Stomamanagement *Stomabeauftragte*
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP20 - Palliative Care
6	ZP28 - Still- und Laktationsberatung *z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)*

B-[1300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Allgemein, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemein, Viszeral-, Thorax- und Unfallchirurgie

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Pan Decker
Telefon	0651 947 2645
Fax	0651 947 3036
E-Mail	chirurgieI@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

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

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

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

Das **Visceralonkologische Zentrum am Klinikum Mutterhaus** erfüllt alle Anforderungen hinsichtlich
der operativen Expertise bösartiger Speiseröhrenerkrankungen, bösartiger Pankreaserkrankungen und
seiner Vorstufen sowie Dickdarmkrebs und Enddarmkrebs und bösartiger Magenerkrankungen. Es ist
zertifiziert von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Die Therapie der bösartigen Ösophaguserkrankungen wird in unserem
Ösophaguskarzinomzentrum
interdisziplinär geplant, um eine bestmögliche Therapie individuell für jeden Patienten bereits vor jeder
Therapie festzulegen.
Nach erfolgter Diagnostik und möglicher Vortherapie erfolgt dann die Operation. Die laparoskopisch-thorakotomische Ösophagusresektion mit Magenhochzug und Lymphknotenentfernung
(Hybrid-Technik) ist in unserem Zentrum Standard. Die komplett minimalinvasive laparoskopische-thorakoskopische Ösophagusresektion (MIO) ist bei entsprechender Selektion möglich.
Darüber hinaus sind freie Dünndarminterpositionen bei hochgelegenen Ösophaguskarzinomen in
Zusammenarbeit mit der HNO-Klinik fest etabliert.

Das Behandlungsspektrum unseres **Pankreaszentrums** umfasst alle gut- und bösartigen
Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse ebenso wie akute und chronische Entzündungen.
Neben interdisziplinären Therapiemodellen bei einer bösartigen Bauchspeicheldrüsenerkrankung mit
ggfls. Notwendigkeit einer Vortherapie gefolgt von operativer Therapie und Nachtherapie, werden im
Pankreaszentrum auch zystische Pankreasveränderungen überwacht und operativ entfernt. Diese
stellen oftmals Vorstufen bösartiger Pankreaserkrankungen dar.
Die operative Therapie der Pankreastumoren umfasst dabei die Pankreaskopfresektion sowie die
Pankreaslinksresektion wenn möglich in minimalinvasiver Technik. Darüber hinaus kann die Entfernung
hormonbildender Tumoren minimalinvasiv mittels Enukleation erfolgen.

Darüber hinaus umfaßt das Behandlungsspektrum unseres **Darmkrebszentrums** alle bösartigen
Dickdarmerkrankungen und Enddarmerkrankungen sowie die operative Entfernung von
Tochtergeschwülsten in Leber, Lunge oder an den Lymphknoten.
Die Therapie der bösartigen Enddarmerkrankungen wird in unserem Zentrum interdisziplinär geplant,
um eine bestmögliche Therapie individuell für jeden Patienten bereits vor jeder Therapie festzulegen.
Nach erfolgter Diagnostik und möglicher Vortherapie erfolgt dann die Operation. Diese erfolgt meist in
minimalinvasiver Technik.
Die minimalinvasive Dickdarmentfernung und Enddarmentfernung sind hierbei als Standard etabliert.
Die minimalinvasive Enddarmentfernung kann individuell durch die Technik der transanalen
totalmesorectalen Excision (taTME) unterstützt werden.

Im **Magenkrebszentrum** werden die Patienten mit bösartigen Magenerkrankungen behandelt. Dabei
wir für jeden Patienten, nach der entsprechenden Diagnostik, ein spezieller Behandlungsplan in
unserer interdisziplinären Tumorkonferenz festgelegt. Nach individueller onkologischer Therapie kann die Magenentfernung oder Magenresektion konventionell in offener Operationstechnik oder laparoskopisch assistiert als Standard angeboten werden. Hierbei wird stets der onkologische Resektionsstandard, also mit Entfernung der Lymphknoten gewahrt.
Patienten erhalten während der Behandlung neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung,
auf Wunsch psychoonkologische Unterstützung, sowie Unterstützung durch den Sozialdienst. In
geeigneten Fällen wird die Anschlussheilbehandlung bereits beantragt.

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Adipositaszentrum (DIN EN ISO 9001:2015 durch proCum Cert GmbH) *Die Adipositaschirurgie wird in dem interdisziplinären zertifizierten Adipositaszentrum entsprechend den S3*
2	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Darmzentrum (DKG) *Das Behandlungsspektrum unseres Darmkrebszentrums umfasst alle bösartigen Dickdarmerkrankungen und Enddarmerkrankungen sowie die operative Entfernung von Tochtergeschwülsten in Leber, Lunge oder an den Lymphknoten.*

#	Medizinische Leistungsangebote
3	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie (DGAV) *Seit 2008 sind wir als koloproktologisches Zentrum zertifiziert. Wir sind damit spezialisiert auf die Behandlung aller Erkrankungen des Dickdarms, Enddarms und des Afters. Hierfür stehen auch modernste diagnostische Verfahren in großem Umfang und zeitnah zur Verfügung*
4	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Magenkrebszentrum (DKG) *Im Magenkrebszentrum, werden die Patienten mit bösartigen Magenerkrankungen behandelt. Dabei wir für jeden Patienten, nach der entsprechenden Diagnostik, ein spezieller Behandlungsplan in unserer interdisziplinären Tumorkonferenz festgelegt.*
5	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Pankreaskrebszentrums (DKG) *Das Behandlungsspektrum unseres Pankreaszentrums umfasst alle gut- und bösartigen Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse ebenso wie akute und chronische Entzündungen.*
6	VX00 - („Sonstiges"): Zert. Alterstraumatologie Zentrum (ATZ): op. Versorgung des alten Menschen unter modernen Gesichtspunkten der Altertraumatologie des ges. knöchernen Skeletts, bedarfsgerecht je nach Verletzungsausmaß *Die operativen Behandlung erfolgt durch winkelstabile Implantate der Röhrenknochen, minimalinvasive photodynamische Stabilisierung der Röhrenknochen und Stabilisierung der Wirbelsäule bei Insuffizienzfrakturen mit Fixateur interne / Vertebroplastie / Kyphoplastie und Body Stent Implantation*
7	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes lokales Traumazentrum (DGU) *Teil des Traumanetzwerk Eifel/Mosel. Hier sind alle für die Versorgung Schwerverletzter entscheidenden Fachdisziplinen zusammengefasst und 24 h/365 Tage einsatzbereit .Die Verletzten werden in ihrer Akutsituation mit lebenserhaltenden, wiederherstellenden und korrigierenden Eingriffen behandelt*
8	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Ösophaguskrebszentrum (DKG) *Die Therapie der bösartigen Ösophaguserkrankungen wird in unserem Ösophaguskarzinomzentrum interdisziplinär geplant, um eine bestmögliche Therapie individuell für jeden Patienten bereits vor jeder Therapie festzulegen.*
9	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Viszeralonkologisches Zentrum (DKG) *Das Visceralonkologische Zentrum am Klinikum Mutterhaus erfüllt alle Anforderungen hinsichtlich der operativen Expertise bösartiger Speiseröhrenerkrankungen, bösartiger Pankreaserkrankungen und seiner Vorstufen sowie Dickdarmkrebs und Enddarmkrebs.*
10	VC66 - Arthroskopische Operationen *Bei posttraumatischen Verletzungen der Gelenke bzw, degenerativen Erkrankungen führen wir Gelenkspiegelungen der Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenke durch. In gleicher Sitzung werden dann Verletzungen der Gelenke über das Schlüssellochverfahren, wenn möglich therapiert.*

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	*Mittels TEM Technik (transanales, endoskopisches Verfahren) können größere Tumore des Rektums durch den After entfernt werden. Kleinere beginnende Enddarmkrebse können so auch geheilt werden, ohne dass ein künstlicher Darmausgang notwendig ist. Es handelt sich um ein sehr wenig belastendes Verfahren*
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
12	*In der Chirurgischen Klinik I werden alle gängigen minimal invasiven Operationsverfahren angeboten. Hier besteht eine große Expertise in allen Bereichen und eine optimale Ausstattung. Es besitzen 3 Oberärzte die Bezeichnung "Minimal Invasiver Chirurg"*
	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
13	*Medizinisch indizierte Straffungsoperationen, die nach massiver Gewichtsreduktion sehr häufig erforderlich sind. Dazu gehören folgende Eingriffe: Bauchdeckenplastik, Bodylift, Bein- und Armstraffungen, Straffung der männl. Brust. Die Operationen werden von 2 spezialisierten Oberärzten durchgeführt.*
	VC60 - Adipositaschirurgie
14	*Alle gängigen Operationsverfahren (Magenballonimplantation, Schlauchmagenresektion, Magenbypass, Umwandlungsoperationen) werden mit modernster Technik minimal invasiv durchgeführt. Es erfolgt eine umfassende Beratung und Betreuung der Patienten und eine interdisziplinäre Vor-und Nachsorge.*
	VC21 - Endokrine Chirurgie
15	*Es werden alle endokrine Operationen durchgeführt. Es besteht eine hohe Expertise bei an Schild- und Nebenschilddrüsenoperationen, die mit modernsten Methoden durchgeführt werden. Auch Operationen an der Bauchspeicheldrüse und Nebennieren erfolgen in hoher Zahl mit modernsten Hilfsmitteln.*
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
16	*Die moderne Leberchirurgie erlaubt heute mit geringem Risiko ausgedehnte Entfernungen von Tumoren und ermöglicht in vielen Fällen so eine Heilung. Tumore der Bauchspeicheldrüse und der Gallenblase sind selten, erfordern aber ein Höchstmaß an Expertise. (5 Chirurgen mit visceralem Schwerpunkt)*
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
17	*Von der Speiseröhre über den kompletten Magen-Darmtrakt stehen der Chirurgie I alle denkbaren Operationstechniken zur Verfügung. Bei gutartigen und kleinen bösartigen Erkrankungen stehen minimal invasive, videoassistierte Eingriffe im Vordergrund.*
	VC00 - („Sonstiges"): HITT-Hochfrequenz induzierte Thermotherapie
18	*In Fällen wo die Tumorherde an eher ungünstigen Stellen liegen, oder aber so ausgedehnt sind, dass nicht alle Tumore operiert werden können, bietet sich die Verschorfung einzelner Leberherde an.*
	VC62 - Portimplantation
19	*Wir führen die Implantationen von Port´s bei unseren Patienten in lokaler Betäubung schonend durch.*

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VX00 - („Sonstiges"): Minimalinvasive Knochenbruchbehandlung in der Alterstraumatologie *In der Alterstraumatologie führen wir eine Versorgung von Röhrenknochen und Beckenknochen durch ein minimalinvasives Verfahren mit der Implantation eines lichtausgehärteten Kunststoffes durch. Liegezeiten werden verkürzt, die Mobilisation und Belastung ist schneller möglich*
21	VC24 - Tumorchirurgie *In der Chirurgie I werden gutartige und bösartige Tumore der unterschiedlichsten Organsysteme (Tumore des Halses, des Brustkorbes, des Bauchraumes der Haut, der Knochen und des Muskelgewebes) operiert. Insbesondere bei malignen Melanomen werden alle modernen Therapieverfahren vorgehalten.*
22	VX00 - („Sonstiges"): Tumorchirurgie in der Unfallchirurgie *In der Unfallchirurgie werden gutartige und bösartige Tumore der Knochen und Weichteile behandelt. Hierzu bedienen wir uns modernster Osteosyntheseverfahren, Spezialprothesen individuell angepasst, minimalinvasiver Methoden und einer korrigierenden plastischen Weichteilchirurgie.*
23	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven *Bei Einengungen von Nerven am Arm und Bein etc. kann man diese Engen beseitigen. Die Operationen werden im Regelfall minimalinvasiv durchgeführt*
24	VX00 - („Sonstiges"): Wirbelsäulenchirurgie *In der Unfallchirurgie werden Sinterungsfrakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule v. a. in der Alterstraumatologie minimalinvasiv im Sinne der Vertebroplastie und Stent-Kyphoplastie behandelt. Hierdurch ist eine rasche Schmerzlinderung und Mobilisation gegeben.*
25	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie *Osteosynthetische Versorgung von Verletzungen / Erkrankungen der Brust- und Lendenwirbelsäule mit dorsaler Instrumentierung (Fixateur interne), minimalinvasiver Verfahren in der Alterstraumatologie und Tumorchirurgie*
26	VX00 - („Sonstiges"): Minimalinvasive Tumorchirurgie an der Brust und Lendenwirbelsäule *Die Thermoablation und Zementaugmentation von Metastasen in Wirbelkörpern ermöglicht eine gute Tumoreradikation, rasche Stabilität und Mobilisation. Das Verfahren wird minimalinvasiv angewendet.*
27	VC11 - Lungenchirurgie *Bei den gutartigen Erkrankungen kann häufig ein minimal invasives thorakoskopisches Vorgehen gewählt werden. In der Lungenchirurgie werden alle gängigen Verfahren einschließlich erweiterten Resektionen und parenchymsparenden Manschettenresektionen angeboten.*
28	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
29	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde

#	Medizinische Leistungsangebote
30	VC59 - Mediastinoskopie *Hierunter versteht man die Spiegelung des Mittelfells in Narkose. Es handelt sich um einen kleinen operativen Eingriff in Vollnarkose.*
31	VD20 - Wundheilungsstörungen *Sie sollen nach Möglichkeit vermieden werden. Daher erfolgt eine kontinuierliche Erfassung aller Infektionen. Die Chirurgische Klinik I nimmt mit Erfolg an der Qualitätssicherung des RKI teil.*
32	VG07 - Inkontinenzchirurgie *Etabliert ist das Transstar-Verfahren zur Behandlung von Stuhlentleerungsstörungen sowie die sacrale Nervenstimmulation bei Inkontinenz.*
33	VC00 - („Sonstiges"): Operationsverfahren in der Proktologie und bei der Hämorrhoidalbehandlung *Die proktologische Behandlung erfolgt auf höchstem Niveau. 6 Ärzte verfügen über die Zusatzbezeichnung Proktologie. Alle modernen Verfahren der Koloproktologie einschließlich Staplerhämorrhoidopexie, Fistelplugtechnik und Lasertherapie (LHP, FiLaC) werden durchgeführt*
34	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen *Die operative Behandlung dieser Krankheitsbilder werden in Schlüssellochtechnik durchgeführt. So können wir neben einem geringen Trauma auch optimale kosmetische Ergebnisse erreichen. Durch die interdiziplinäre Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie werden die guten Ergebnisse gesichert.*
35	VC00 - („Sonstiges"): Diagnostische Verfahren bei Erkrankungen der Pleura, Lunge und Atemwege *Hierfür stehen modernste aparative Untersuchungsmethoden inclusive Bronchoskopie (mit Interventionsmöglichkeiten), Mediastinoskopie, Lungenfunktionstests sowie minimalinvasive Thoraxchirurgie zur Verfügung.*
36	VC00 - („Sonstiges"): Operative Therapie bei gut- und bösartigen Erkrankungen der Lunge/Pleura *Bei gut- oder bösartigen Erkrankungen der Lunge oder Pleura ist oft eine OP notwendig. Wir führen modernste operative Verfahren minimalinvasiv als auch offen bis hin zur Resektion eines ganzen Lungenflügels durch. Regelm. werden auch Lungenmetastasen durch gewebeschonende Laserchirurgie entfernt.*
37	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma *Die Akutversorgung von Verletzungen im Brustraum sind jederzeit sichergestellt, mit Außnahme der Verletzungen die den Einsatz einer Herz-Lungenmaschine erfordern.*
38	VR02 - Native Sonographie *Die „normale" Ultraschalluntersuchung stellt in der Hand des erfahrenen Untersuchers ein nicht belastendes, sehr aussagekräftiges Verfahren dar. Diese wird natürlich, wenn immer möglich, eingesetzt.*

#	Medizinische Leistungsangebote
39	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel *Durch den Einsatz von speziellem Kontrastmittel (nicht jodhaltig) können auch kleine Veränderungen – insbesondere in der Leber – nachgewiesen werden.*
40	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren *Hier werden neben speziellen Verbänden und Lagerungstechniken auch die verschiedensten plastischen Lappenplastiken durchgeführt.*
41	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative / konservative Therapie gemäß der Leitlinien*
42	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative / konservative Therapie gemäß der Leitlinien*
43	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen*
44	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie modernste operative Therapieverfahren, bzw. konservative Therapie*
45	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens *Modernste apparative und klinische Diagnostik sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen. Die Therapieoption/ Implantatwahl richtet sich nach Verletzung und Alter des Patienten*
46	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen*
47	VC14 - Speiseröhrenchirurgie *Alle Operationen an der Speiseröhre werden durchgeführt. Vom Ausschälen gutartiger Tumore bis zur Entfernungen der Speiseröhre und der Wiederherstellung der Passage auf die verschiedensten Arten. Durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit sind Patienten hier bestens aufgehoben.*

#	Medizinische Leistungsangebote
48	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen*
49	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen in Kooperation mit der Orthopädie*
50	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *Die Therapie dieser Erkrankungen reicht von minimal invasiven Entfernung der Gallenblase bis zu hochkomplexen Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse. Alle Arten dieser operativen Behandlungen werden in der Chirurgischen Klinik I in hoher Anzahl durchgeführt.*
51	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen*
52	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs *Wir halten neben allen modernen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren auch Stomatherapeuten und speziell geschulte Krankenschwestern/-pfleger vor, die die Patienten beraten und im Umgang mit dem Stoma anlernen. Zusätzlich besteht eine Selbsthilfegruppe.*
53	VC00 - („Sonstiges"): Überregionale Bedeutung in der Therapie der Refluxösophagitis (Entzündung der Speiseröhre bei Verschlussstörungen des Mageneinganges) und bei Zwerchfellbrüchen.Fundoplicatio nach Nissen -,nach Toupet *Die Chirurgische Klinik hat eine extrem hohe Expertise in der Behandlung der verschieden Formen des Zwerchfellbruches und der Refluxerkrankung. Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Gastroenterologischen Abteilung des Hauses, sowie in Kooperation mit einigen niedergelassenen Gastroenterologen*
54	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen*
55	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit in Kooperation mit der neurochirurgischen Klinik des Krankenhauses der barmherzigen Brüder Trier*
56	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *Diese werden in unserer Klinik zumeist minimal invasiv/thorakoskopisch behandelt.*

#	Medizinische Leistungsangebote
57	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax *Modernste apparative und klinische Diagnostik, sowie operative Therapie mit modernsten Implantaten/Osteosynthesen*
58	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums *Die Erkrankungen des Bauchfells reichen von Entzündungen bis zu Tumoren. Sie sind vielfältig und bedürfen einer differenzierten Therapie.*
59	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe *Bei den gutartigen Erkrankungen kann häufig ein minimal invasives thorakoskopisches Vorgehen gewählt werden. Ebenso bei bestimmten bösartigen Erkrankungen und zur Gewinnung von Proben.*
60	VO15 - Fußchirurgie *Durchgeführt werden alle modernen OP*
61	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik *Bei Verletzungen oder degenerativen Erkrankungen, die anderweitig nicht mehr zu korrigieren sind, nehmen wir den Gelenkersatzvon Hüft-, Knie-, Schulter und Sprunggelenk, mittels modernster Prothetik, zementiert oder unzementiert, vor.*
62	VC58 - Spezialsprechstunde *Alle Sprechstundenzeiten siehe unter https://www.mutterhaus.de/klinikum-mutterhaus-mitte/med-fachabteilungen/chirurgie-1/*
63	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *Wir sind als Klinik als Onkologisches Zentrum zertifiziert. Daher erhält jeder Patient durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit eine optimale Behandlungsform*
64	VO16 - Handchirurgie *Behandelt werden sämtliche Frakturen des Handskeletts, Handgelenkes, sowie Weichteilverletzungen der Hand nebst Sehenrekonstruktionen, Ganglion und Nervendekompression*
65	VC00 - („Sonstiges"): Laserchirurgische Therapie bei proktologischen Erkrankungen *Mit dem Diodenlaser besteht in der Koloproktologie eine schonende Therapie zur Verfügung. Hämorrhoiden können mit der LHP-Sonde besonders schmerzarm behandelt werden. Zur Behandlung von Analfisteln und Sinus pilonidalis mit Pit Picking steht die FILAC_Sonde zur Verfügung.*
66	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen *Entfernung sämtlicher Osteosynthesen aller Skelettregionen*

#	Medizinische Leistungsangebote
67	VC00 - („Sonstiges"): Schulterchirurgie *Behandlung degenerativer und traumatischer Verletzungen der knöchernern Schulter und des Kapselbandapparates mit modernsten Osteosynthesen und offenen bzw. arthroskopischen Operationsverfahren*
68	VO21 - Traumatologie *Behandelt werden sämtliche Frakturen des Achsenskelettes, der kl. und gr. Röhrenknochen, Verletzungen der kl. und gr. Gelenke, rekonstruktive, korrigierende Operationen posttraumatischer und degenerativer Verletzungen mittels modernster Operationsverfahren, Osteosynthesen und Gelenkimplantaten.*
69	VC30 - Septische Knochenchirurgie *Behandlung sämtlicher Infekte mit anschließender Rekonstruktion knöcherner- und Weichteildefekten mit entsprechenden rekonstruktiven Maßnahmen gemäß den Leitlinien der septischen Chirurgie*
70	VC63 - Amputationschirurgie
71	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie *Operative und konservative Behandlung von Sportverletzungen*
72	VR04 - Duplexsonographie *Mit Hilfe der Duplexsonsographie werden Gefäßveränderungen untersucht*
73	VC69 - Verbrennungschirurgie *Operative und konservative Therapie leichter und mittelgradiger Verbrennungswunden*
74	VR06 - Endosonographie *Dabei handelt es sich um eine sehr aussagekräftige, nicht belastende Untersuchung des Endarmes bei Tumoren, Abszessen und Fisteln.*
75	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken *Behandelt werden Verletzungen sämtlicher Gelenke in offener oder arthroskopischer Technik*

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

Vollstationäre Fallzahl	4138
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	286

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	K80	Cholelithiasis	284
3	K57	Divertikulose des Darmes	202
4	K35	Akute Appendizitis	135
5	S52	Fraktur des Unterarmes	132
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	132
7	K42	Hernia umbilicalis	114
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	112
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	108
10	S72	Fraktur des Femurs	104

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	722
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	693
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	494
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	459
5	5-511	Cholezystektomie	378
6	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	333
7	3-13c	Cholangiographie	331
8	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	322
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	298
10	1-654	Diagnostische Rektoskopie	296

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Adipositas Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
4	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	39
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	38
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	33
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	9
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	9
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	8
7	1-650	Diagnostische Koloskopie	7
8	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	34,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	34,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,84
Personal in der stationären Versorgung	30,62
Fälle je Vollkraft	135,14
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	23,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,66
Personal in der stationären Versorgung	20,58
Fälle je Vollkraft	201,07

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ07 - Gefäßchirurgie
3	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
4	AQ12 - Thoraxchirurgie
5	AQ13 - Viszeralchirurgie
6	AQ41 - Neurochirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –
3	ZF28 - Notfallmedizin *inkl. Fachkunde Rettungsdienst*
4	ZF30 - Palliativmedizin
5	ZF34 - Proktologie *Fachkunde Ösophago-Gastro-duodenalendoskopie ebenfalls in der Abteilung vorhanden*
6	ZF29 - Orthopädische Rheumatologie
7	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
8	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
9	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	59,93

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	59,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	59,93
Fälle je Vollkraft	69,05

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,91
Fälle je Vollkraft	1421,99

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,86
Fälle je Vollkraft	4811,63

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,86

Fälle je Vollkraft	2224,73

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	6,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,6
Personal in der stationären Versorgung	5,14
Fälle je Vollkraft	805,06

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP14 - Schmerzmanagement *Schmerzmentor, Sturzmentor*
3	ZP15 - Stomamanagement *Stomamentor*
4	ZP16 - Wundmanagement *Wundassistenz*

#	Zusatzqualifikation
5	ZP20 - Palliative Care

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

B-[1800] Gefäßchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Gefäßchirurgie

B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1800 - Gefäßchirurgie

B-[1800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Sprenger
Telefon	0651 947 2449
Fax	0651 947 2517
E-Mail	gefaesschirurgie-trier@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Gefäßzentrum
2	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie *Offene und endovaskuläre, stentgestützte Versorgung der Aorta im Brust- und Bauchbereich (inkl. fenestrierter Endoprothesen, gebranchter Prothesen) werden mit hohem Standard durchgeführt. Das endovaskuläre Vorgehen wird favorisiert*
3	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen *Moderne Kombinationseingriffe mit kleinen chirurgischen Maßnahmen und intraoperativ endovaskulären Behandlungen (Hybrid-OP) werden, wenn immer möglich, zur Verringerung des Patientenrisikos eingesetzt*
4	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
5	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *Standard-Venenoperationen werden unter ästhetischen Gesichtspunkten durchgeführt, dabei werden auch Sklerosierungen mit Rotationskatheter durchgeführt (ClariVein). Außerdem bieten wir eine Lymphomat-Therapie zur intermittierenden Kompressionsbehandlung an.*
6	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
7	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen *Zur Verminderung der Schnitte werden Venen zur Implantation von Bypässen auch endoskopisch entnommen*
8	VC58 - Spezialsprechstunde
9	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
10	VC62 - Portimplantation
11	VC63 - Amputationschirurgie
12	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut *Offene Beine auch mit langjährigem Verlauf werden mit zuverlässigem Erfolg behandelt*
13	VD20 - Wundheilungsstörungen
14	VO15 - Fußchirurgie *Insbesondere das Diabetische-Fuß-Syndrom wird unter Berücksichtigung der Durchblutungsstörung mit hohem Standard versorgt. Ein interdisziplinäres Vorgehen mit Diabetologen, Angiologen, Radiologen und Gefäßchirurgen ist für jeden Fall etabliert*

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VR02 - Native Sonographie
16	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
17	VR04 - Duplexsonographie *Der Ultraschall wird als Basis für jede folgende Untersuchung oder Therapie angesehen. Im Rahmen des Gefäßzentrums werden bei spezieller Fragestellung Kontrastmittel gestützte Ultraschalluntersuchungen durchgeführt (CEUS)*
18	VR15 - Arteriographie
19	VR41 - Interventionelle Radiologie *Katheterassistierte Diagnostik mit Ballon-/Stentbehandlung, kathetergesteuerte Auflösung von Gerinnseln in den Gefäßen sind Standards mit hoher Routine. Endovaskuläre Rotationsatherektomie (Jetstream der Fa. Boston Scientific). Kathetergesteuerte, endovaskuläre Thrombektomie: Angiojet*

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

Vollstationäre Fallzahl	845
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	412
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	162
3	I83	Varizen der unteren Extremitäten	47
4	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	42
5	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	23
6	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	20
7	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	15
8	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	15
9	A46	Erysipel [Wundrose]	12

10	I87	Sonstige Venenkrankheiten	11

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	611
2	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	519
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	428
4	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	286
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	250
6	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	210
7	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	180
8	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	144
9	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	125
10	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	125

B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Gefäßchirurgische Ambulanz im MVZ Chirurgie
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	201
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	70

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

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

B-[1800].11 Personelle Ausstattung

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	7,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,23
Personal in der stationären Versorgung	7,37
Fälle je Vollkraft	114,65
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,15
Personal in der stationären Versorgung	4,79
Fälle je Vollkraft	176,41

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ07 - Gefäßchirurgie *Endovaskulare Chirurgen*

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF31 - Phlebologie
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[1800].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	11,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	11,93
Fälle je Vollkraft	70,83

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,21
Fälle je Vollkraft	4023,81

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,03
Fälle je Vollkraft	28166,67

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,21
Fälle je Vollkraft	4023,81

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,81
Fälle je Vollkraft	1043,21

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP14 - Schmerzmanagement *Schmerzmentor*
3	ZP15 - Stomamanagement
4	ZP16 - Wundmanagement

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

B-[2300] Orthopädie

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

Die Fachabteilung Orthopädie war bis zum 29.07.2020 am Standort Mitte ansässig und ist dann an den Standort Ehrang umgezogen.

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Orthopädie

B-[2300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2300 - Orthopädie

B-[2300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädischer Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Bernhard Schmitz
Telefon	0651 947 2469
Fax	0651 947 2430
E-Mail	elina.adam@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädischer Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jochen Vogel
Telefon	0651 947 2469
Fax	0651 947 2430
E-Mail	elina.adam@mutterhaus.de

Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädischer Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Fink
Telefon	0651 947 2469
Fax	0651 947 2430
E-Mail	elina.adam@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädischer Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Bernd Vogt
Telefon	0651 947 2469
Fax	0651 947 2430
E-Mail	elina.adam@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädischer Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gangolf Lehnert
Telefon	0651 947 2469
Fax	0651 947 2430
E-Mail	elina.adam@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädischer Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Bert Laux
Telefon	0651 947 2469
Fax	0651 947 2430

E-Mail	elina.adam@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Orthopädischer Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Ruppert
Telefon	0651 947 2469
Fax	0651 947 2430
E-Mail	elina.adam@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Endoprothetikzentrum
2	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
3	VC30 - Septische Knochenchirurgie
4	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven

#	Medizinische Leistungsangebote
5	VC66 - Arthroskopische Operationen *Hüftarthroskopien*
6	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
7	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
8	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
9	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
10	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
11	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
12	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
13	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
14	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
15	VO12 - Kinderorthopädie
16	VO14 - Endoprothetik
17	VO15 - Fußchirurgie
18	VO16 - Handchirurgie
19	VO17 - Rheumachirurgie
20	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
21	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

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

Vollstationäre Fallzahl	488
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M75	Schulterläsionen	126
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	105

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	98
4	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	30
5	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	19
6	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	16
7	M19	Sonstige Arthrose	16
8	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	14
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
10	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	7

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	242
2	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	126
3	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	124
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	117
5	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	102
6	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	73
7	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	66
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	62
9	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	56
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	47

B-[2300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	Belegärzte *Orthopaedicum Trier, Max-Planck-Strasse 7, 54296 Trier, Tel: 0651 9945800*

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

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	78
2	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	6
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4

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

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

B-[2300].11 Personelle Ausstattung

B-[2300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,23

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,23
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,23
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	7
Fälle je Vollkraft	69,71

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF19 - Kinder-Orthopädie
2	ZF29 - Orthopädische Rheumatologie
3	ZF44 - Sportmedizin

B-[2300].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	11,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	11,3
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,53
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,22
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,61

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,61
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP13 - Qualitätsmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement *Pain Nurse*
4	ZP15 - Stomamanagement
5	ZP16 - Wundmanagement *Wundassistent*

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

B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Sebastian Jud
Telefon	0651 947 2635
Fax	0651 947 2525
E-Mail	sekretariat-gynaekologie@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG00 - („Sonstiges"): Zertifiziertes Brustzentrum
2	VC24 - Tumorchirurgie
3	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
4	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
5	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
6	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
7	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
8	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
9	VG05 - Endoskopische Operationen
10	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
11	VG07 - Inkontinenzchirurgie
12	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
13	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
14	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
15	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
16	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
17	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
18	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
19	VG15 - Spezialsprechstunde
20	VG16 - Urogynäkologie
21	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
22	VG19 - Ambulante Entbindung
23	VR02 - Native Sonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
24	VR04 - Duplexsonographie
25	VR06 - Endosonographie

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

Vollstationäre Fallzahl	7544
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	843
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	718
3	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	459
4	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	292
5	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	290
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	287
7	D25	Leiomyom des Uterus	241
8	O42	Vorzeitiger Blasensprung	227
9	O70	Dammriss unter der Geburt	207
10	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	184

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1955
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	1753
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	1311
4	5-749	Andere Sectio caesarea	1182
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	601

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	3-100	Mammographie	591
7	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	468
8	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	414
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	410
10	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	408

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Brustsprechstunde *Diagnostik und Therapieplanung von Erkrankungen der Brustdrüse*
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kontinenz Sprechstunde *Diagnostik und Therapieplanung von Beckenbodenerkrankungen und Inkontinenz*
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gynäkologische Ambulanz *Diagnostik und Therapie gynäkologischer Erkrankungen*
4	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
7	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Medizinisches Versorgungszentrum Gynäkologie/Geburtshilfe am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen *Anmeldung und Geburtsplanung, Dysplasie-Sprechstunde (Kolposkopiesprechstunde), Zweitmeinung, Onkologie*

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Brustsprechstunde	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
2	Gynäkologische Ambulanz	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
3	Kontinenz Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	404
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	271
3	5-671	Konisation der Cervix uteri	210
4	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	193
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	193
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	94
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	27
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	27
9	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	22

10	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	17

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

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	25,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,45
Personal in der stationären Versorgung	22,76
Fälle je Vollkraft	331,46
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	15,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,54
Personal in der stationären Versorgung	14,31
Fälle je Vollkraft	527,18

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe *auch: Spezielle operative Gynäkologie,sowie DEGUM-Stufe II*
2	AQ15 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
3	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
4	AQ17 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
5	AQ23 - Innere Medizin

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF30 - Palliativmedizin
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	31,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	31,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	31,5
Fälle je Vollkraft	239,49

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und

Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	10,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	10,06
Fälle je Vollkraft	749,9

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,04
Fälle je Vollkraft	188600

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	22,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	22,77
Fälle je Vollkraft	331,31

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	10,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	10,74
Fälle je Vollkraft	702,42

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ07 - Pflege in der Onkologie
3	PQ20 - Praxisanleitung *es gibt auch eine Laktationsbeauftragte / Stillberatung*

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP13 - Qualitätsmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement *Schmerzexperte*
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP20 - Palliative Care

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

B-[2600] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Peter Schäfer
Telefon	0651 947 2488
Fax	0651 947 2499
E-Mail	hno-privatambulanz@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Peter Kress MHBA
Telefon	0651 947 2488
Fax	0651 947 2499
E-Mail	hno-privatambulanz@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290

Ort	Trier

B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie bei Tinnitus *Verhaltensmedizinische Behandlung*
2	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
3	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
4	VC21 - Endokrine Chirurgie
5	VC24 - Tumorchirurgie
6	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
7	VC30 - Septische Knochenchirurgie
8	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
9	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
10	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
11	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
12	VC71 - Notfallmedizin
13	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
14	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
16	VD12 - Dermatochirurgie
17	VD20 - Wundheilungsstörungen
18	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
19	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
20	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
21	VH04 - Mittelohrchirurgie
22	VH05 - Cochlearimplantation
23	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
24	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
25	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
26	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
27	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
28	VH11 - Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
29	VH12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
30	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
31	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
32	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
33	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
34	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
35	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
36	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
37	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
38	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
39	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
40	VH23 - Spezialsprechstunde

#	Medizinische Leistungsangebote
41	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
42	VH25 - Schnarchoperationen
43	VH26 - Laserchirurgie
44	VH27 - Pädaudiologie
45	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
46	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
47	VK25 - Neugeborenenscreening
48	VR02 - Native Sonographie
49	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
50	VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
51	VZ07 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
52	VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
53	VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
54	VZ12 - Epithetik
55	VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
56	VZ20 - Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3686
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	282
2	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	272
3	R04	Blutung aus den Atemwegen	215
4	J32	Chronische Sinusitis	201

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	195
6	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	112
7	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	111
8	H81	Störungen der Vestibularfunktion	96
9	H91	Sonstiger Hörverlust	88
10	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	83

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-242	Audiometrie	1437
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	1283
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	771
4	5-984	Mikrochirurgische Technik	754
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	594
6	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	588
7	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	517
8	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	458
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	455
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	445

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Spezialsprechstunde *MKG-chirurgische und zahnärztliche Diagnostik und Therapie von Tumor- und Risikopatienten im Rahmen der zugelassenen vertragsärztlichen Versorgung*
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	HNO-Ambulanz *Diagnostik und Therapie aller HNO Erkrankungen inkl.kosmetische und rekonstruktive Gesichtschirurgie und Kommunikationsstörungen im Rahmen der zugelassenen ambulanten vertragsärztlichen Versorgung*
3	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
4	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	HNO-Ambulanz	VH23 - Spezialsprechstunde

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	56
2	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	55
3	5-200	Parazentese [Myringotomie]	28
4	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	21

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	12
6	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	11
7	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	9
8	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	5
9	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	4

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

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	18,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,19
Personal in der stationären Versorgung	16,53
Fälle je Vollkraft	194
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	9,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,14

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,07
Personal in der stationären Versorgung	8,07
Fälle je Vollkraft	409,56

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2	AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen *Phoniatrie und Pädaudiologie*
3	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
2	ZF33 - Plastische Operationen *ebenfalls vorhanden: Weiterbildung Spezielle HNO-Chirurgie*

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	24,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	24,19
Fälle je Vollkraft	153,58

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

Anzahl (in Vollkräften)	4,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,61
Fälle je Vollkraft	737,2

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,97
Fälle je Vollkraft	1228,67

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	16,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	15,61
Personal in der stationären Versorgung	0,95
Fälle je Vollkraft	216,82

B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ07 - Pflege in der Onkologie
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[2600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP13 - Qualitätsmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement *Pain Nurse*
4	ZP20 - Palliative Care

B-[2600].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2900] Allgemeine Psychiatrie

B-[2900].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie

B-[2900].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2900 - Allgemeine Psychiatrie

B-[2900].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Hamm
Telefon	0651 947 3238
Fax	0651 947 3237
E-Mail	psychiatrie@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[2900].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[2900].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend incl. ADHS im Erwachsenenalter
2	VP00 - („Sonstiges"): Elektroenzephalographie (EEG)
3	VP00 - („Sonstiges"): Elektrokonvulsionstherapie (EKT)
4	VP00 - („Sonstiges"): Komplementäre und indikative Einzel- und Gruppentherapie
5	VP00 - („Sonstiges"): Psychotherapeutische Komplexbehandlung
6	VP00 - („Sonstiges"): Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)
7	VX00 - („Sonstiges"): Konsiliardienst/Liaisondienst für das gesamte Klinikum
8	VX00 - („Sonstiges"): Tiergestützte Therapie
9	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
10	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
11	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
12	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
13	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
14	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
15	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
16	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
17	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-[2900].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1553
Teilstationäre Fallzahl	0

Die hier genannten Fallzahlen wurden nach PEPP-Systematik ermittelt.

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F20	Schizophrenie	288
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	217
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	196
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	162
5	F32	Depressive Episode	129
6	F31	Bipolare affektive Störung	106
7	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	94
8	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	69
9	F25	Schizoaffektive Störungen	54
10	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	44

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	6720
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1368
3	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	672
4	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	461
5	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	296
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	292

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	154
8	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	134
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	116
10	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	103

B-[2900].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz *Diagnostik und Therapie des gesamten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen*
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz Chefarzt *Diagnostik und Therapie des gesamten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen*

B-[2900].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2900].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2900].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2900].11 Personelle Ausstattung

B-[2900].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	11,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,07
Personal in der stationären Versorgung	11,54
Fälle je Vollkraft	129,42
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	5,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,03
Personal in der stationären Versorgung	5,37
Fälle je Vollkraft	310,6

B-[2900].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

B-[2900].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –
3	ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[2900].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	39,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	39,75
Fälle je Vollkraft	38,83

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,64
Fälle je Vollkraft	776,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2
Fälle je Vollkraft	776,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,05
Fälle je Vollkraft	1553

B-[2900].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[2900].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP13 - Qualitätsmanagement
3	ZP20 - Palliative Care

B-[2900].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	2,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,22
Personal in der stationären Versorgung	2,02
Fälle je Vollkraft	776,5

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	1,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,13
Personal in der stationären Versorgung	1,2
Fälle je Vollkraft	1553

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,79
Fälle je Vollkraft	517,67

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	4,03

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,03
Fälle je Vollkraft	388,25

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	3,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,59
Fälle je Vollkraft	388,25

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	2,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,83
Fälle je Vollkraft	517,67

B-[2960] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[2960].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[2960].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2960 - Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[2960].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Hamm
Telefon	0651 947 3238
Fax	0651 947 3237
E-Mail	psychiatrie@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[2960].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

September 2014 nach § 135c SGB V

B-[2960].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie von psychischen Auffälligkeiten bei Intelligenzstörungen
2	VP00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend incl. ADHS im Erwachsenenalter
3	VP00 - („Sonstiges"): Elektroenzephalographie (EEG)
4	VP00 - („Sonstiges"): Komplementäre und indikative Einzel- und Gruppentherapie
5	VP00 - („Sonstiges"): Psychotherapeutische Komplexbehandlung
6	VP00 - („Sonstiges"): repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)
7	VP00 - („Sonstiges"): Tiergestützte Therapie
8	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
9	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
10	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
11	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
12	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
13	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
14	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
15	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-[2960].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	223

Die hier genannten Fallzahlen wurden nach PEPP-Systematik ermittelt.

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1725
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	230
3	9-641	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
4	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4

B-[2960].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz *Diagnostik und Therapie des gesamten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen*

B-[2960].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2960].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2960].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2960].11 Personelle Ausstattung

B-[2960].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,29
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,62
Fälle je Vollkraft	0

B-[2960].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

B-[2960].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –
2	ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[2960].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	5,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	5,48
Fälle je Vollkraft	0

B-[2960].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

B-[2960].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2960].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3000] Kinder- und Jugendpsychiatrie,Psychotherapie und Psychosomatik

B-[3000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kinder- und Jugendpsychiatrie,Psychotherapie und Psychosomatik

B-[3000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3000 - Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[3000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	kommissarischer Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Jörg Hoffmann
Telefon	0651 947 2854
Fax	0651 947 2855
E-Mail	Judith.Smidt@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[3000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

September 2014 nach § 135c SGB V

B-[3000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter *ambulant, teilstationär und vollstationär*

B-[3000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	480
Teilstationäre Fallzahl	0

Die hier genannten Fallzahlen wurden nach PEPP-Systematik ermittelt.

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	127
2	F90	Hyperkinetische Störungen	95
3	F32	Depressive Episode	84
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	79
5	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	30
6	F91	Störungen des Sozialverhaltens	21
7	F50	Essstörungen	12
8	F42	Zwangsstörung	6
9	F70	Leichte Intelligenzminderung	6
10	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	3501
2	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	528
3	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	437
4	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	241
5	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	130
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	35
7	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	13
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	< 4
9	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4

B-[3000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz *Diagnostik und Therapie von Verhaltens und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit besonderem Schweregrad*
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kinder- und Jugendpsychiatrie-Ambulanz

B-[3000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Kinder- und Jugendpsychiatrie-Ambulanz	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

B-[3000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3000].11 Personelle Ausstattung

B-[3000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	6,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,11
Personal in der stationären Versorgung	6,88
Fälle je Vollkraft	69,77
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	5,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,28

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,08
Personal in der stationären Versorgung	5,2
Fälle je Vollkraft	92,31

B-[3000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
2	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[3000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3000].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	8,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	8,2
Fälle je Vollkraft	58,54

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

Anzahl (in Vollkräften)	7,68 *zusätzliche 26,20 VK sind dem Sozial- und Erziehungsdienst zuzuordnen.*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,68

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	7,68
Fälle je Vollkraft	62,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,97
Fälle je Vollkraft	243,65

B-[3000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie *Fachkraft für Kinder-/Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *z. B. Diabetesberatung*

B-[3000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	4,92 *inkl. Kinder- und Jugendpsychologen / -psychologinnen*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,92
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,49
Personal in der stationären Versorgung	4,43
Fälle je Vollkraft	108,35

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	1,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,76
Fälle je Vollkraft	272,73

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,28
Fälle je Vollkraft	375

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	1,2 *Spezialtherapeuten*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,2
Fälle je Vollkraft	400

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,41
Fälle je Vollkraft	1170,73

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	1,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,23
Fälle je Vollkraft	390,24

B-[3060] Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[3060].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[3060].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)

B-[3060].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	kommissarischer Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Jörg Hoffmann
Telefon	0651 947 2854
Fax	0651 947 2855
E-Mail	Judith.Smidt@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[3060].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

September 2014 nach § 135c SGB V

B-[3060].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter *ambulant, teilstationär und vollstationär*

B-[3060].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	53

Die hier genannten Fallzahlen wurden nach PEPP-Systematik ermittelt.

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	1139
2	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	55
3	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	35
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
5	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	< 4
6	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	< 4

B-[3060].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Ambulanz

B-[3060].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3060].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3060].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3060].11 Personelle Ausstattung

B-[3060].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,78

Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,32
Fälle je Vollkraft	0

B-[3060].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
2	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[3060].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3060].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,28 *zuzüglich 2,10 VK Erzieher*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,28

Fälle je Vollkraft	0

B-[3060].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
2	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3060].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3060].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3100] Psychosomatik/Psychotherapie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3100 - Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Hamm
Telefon	0651 947 3368
Fax	0651 947 3237
E-Mail	psychiatrie@mutterhaus.de
Strasse	Theobaldstraße
Hausnummer	12
PLZ	54292
Ort	Trier
URL	https://www.mutterhaus.de/klinikum-mutterhaus-nord/medizinische-fachabteilungen/psychosomatik/allgemein/#contentTop

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

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

Vollstationäre Fallzahl	153
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F32	Depressive Episode	35
2	F45	Somatoforme Störungen	31
3	F33	Rezidivierende depressive Störung	31
4	F41	Andere Angststörungen	20
5	F50	Essstörungen	12
6	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	7
7	F40	Phobische Störungen	4
8	F42	Zwangsstörung	4
9	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	< 4
10	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	2191
2	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	182

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	124
4	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	109
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	21
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	10
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	7
8	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	6
9	8-900	Intravenöse Anästhesie	5
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4

B-[3100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[3100].11 Personelle Ausstattung

B-[3100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	3,39
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,39
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,39
Fälle je Vollkraft	45,13
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	3,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,1
Fälle je Vollkraft	49,35

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

B-[3100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –

B-[3100].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	16,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	16,81
Fälle je Vollkraft	9,1

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,36
Fälle je Vollkraft	425

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Personal in der stationären Versorgung	0,09
Fälle je Vollkraft	1700

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,21
Fälle je Vollkraft	728,57

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	PQ20 - Praxisanleitung

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

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	2,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,61
Fälle je Vollkraft	58,62

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

Anzahl (in Vollkräften)	1,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,07
Fälle je Vollkraft	142,99

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	1,42 *Spezialtherapeuten*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,42
Fälle je Vollkraft	107,75

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	0,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,65
Fälle je Vollkraft	235,38

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und

Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	0,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,9
Fälle je Vollkraft	170

B-[3200] Nuklearmedizin

B-[3200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Nuklearmedizin

B-[3200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3200 - Nuklearmedizin

B-[3200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ludwin Trampert
Telefon	0651 947 2356
Fax	0651 947 2476
E-Mail	nuklearmedizin@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[3200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[3200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR00 - („Sonstiges"): Radiopharmazeutisches GMP Labor *In house Synthese von Radiopharmazeutika zur Diagnostik und Therapie nach § 13 2b AMG*
2	VX00 - („Sonstiges"): Radiopeptid-Therapie *neuroendokrine Tumore; Prostatakarzinom*
3	VX00 - („Sonstiges"): Szintigraphie *Szintigraphien mit unterschiedlichen Untersuchungstechniken sowie radioaktiven Substanzen: z.B der Schilddrüse; der Sentinel-Lymphknoten (Wächter Lymphknoten); Szintigraphie bei zahlreichen Tumorerkrankungen und bei Entzündungen*
4	VR02 - Native Sonographie *Sonographische Untersuchungen aller Körperregionen, einschließlich Farbdoppler und ggf. Punktion*
5	VR10 - Computertomographie (CT), nativ *PET-CT Onkologie; SPECT-CT gesamtes Spektrum*
6	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel *PET-CT Onkologie; SPECT-CT gesamtes Spektrum*
7	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren *Kardio-CT nach Kontrastmittel*
8	VR18 - Szintigraphie *Szintigraphie: Leber/Milz, Nieren, Skelett; Knochenmark, Speiseröhren-Magen-Darmtrakt; Durchblutung und Belüftung der Lunge; zahlreiche Bluterkrankungen; Bestimmung der Durchblutung des Herzens in Ruhe, nach ergometrischer, bzw. medikamentöser Belastung sowie des Gehirns (Gamma Kamera, PET-CT)*
9	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) *Bei onkologischen und orthopädischen Fragestellungen*
10	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner *Gesamtes Spektrum der Diagnostik in der Onkologie, Neurologie und Kardiologie mit unterschiedlichen Radiopharmaka*

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen *Vor Radiojodtherapie benigner und maligner Schilddrüsenerkrankungen*
12	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ *Alle klinischen Fragestellungen*
13	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *Alle klinischen Fragestellungen*
14	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *Kardio-MRT*
15	VR38 - Therapie mit offenen Radionukliden *Radiosynoviorthese (RSO) bei entzündl., rheum. Gelenkerk.;Zevalin-Therapie CD20-positiver, niedrig maligner (bösartig) B-Zell-Lymphome;Sanarium 153 Therapie bei Knochenmetastasen,SIRT bei Lebermetastasen,Lu177 PSMA bei Prostata Ca.,Ac225 PSMA bei Prostata Ca., Lu177 Dotatate bei neuroendokr. Tumoren*
16	VR39 - Radiojodtherapie *Szintigraphie der Schilddrüse mit unterschiedlichen radioaktiven Substanzen u.a. mit Jod 131 bei Schilddrüsentumoren. Radiojod Therapie bei gut und bösartigen Schilddrüsenerkrankungen, Radiojodteste vor Schilddrüsentherapie, Laboruntersuchungen der Schilddrüse*
17	VR40 - Spezialsprechstunde *Komplette Nachsorge und Verlaufsuntersuchung bei Schilddrüsenerkrankungen*

B-[3200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	359
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	144
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	69
3	E01	Jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten und verwandte Zustände	37

4	E04	Sonstige nichttoxische Struma	23

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-531	Radiojodtherapie	245
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	229
3	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	229
4	3-996	Anwendung eines 3D-Bildwandlers	229
5	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	211
6	3-724	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie	193
7	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	190
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	133
9	8-530	Therapie mit offenen Radionukliden	88
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	69

B-[3200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz *Gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Untersuchungen und Therapien, einschließlich PET-CT und MRT*
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	nuklearmedizinische Ambulanz *Gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Untersuchungen und Therapien, einschließlich PET-CT und MRT*
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und Nachstationäre Leistungen

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

B-[3200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3200].11 Personelle Ausstattung

B-[3200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,72 *Der Chefarzt verfügt über die komplette Weiterbildungsbefugnis Nuklearmedizin, einschließlich Fachkundevermittlung.*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,32
Personal in der stationären Versorgung	2,4
Fälle je Vollkraft	119,67
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,72 *2 Doppelfachärzte, Nuklearmedizin / Radiologie*
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0,32
Personal in der stationären Versorgung	2,4
Fälle je Vollkraft	119,67

B-[3200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ44 - Nuklearmedizin
2	AQ54 - Radiologie
3	AQ58 - Strahlentherapie

B-[3200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[3200].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	6,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,41
Fälle je Vollkraft	59,83

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,18

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,18
Fälle je Vollkraft	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,76
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	119,67

B-[3200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentor*
2	ZP20 - Palliative Care

B-[3200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3300] Strahlenheilkunde

B-[3300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Strahlenheilkunde

B-[3300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3300 - Strahlenheilkunde

B-[3300].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Birgit Siekmeyer
Telefon	0651 947 2943
Fax	0651 947 2387
E-Mail	Sophia.Heberle@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt seit 01.10.2022
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Farid Mohammad
Telefon	0651 947 2943
Fax	0651 947 2961
E-Mail	Sophia.Heberle@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290

Ort	Trier

B-[3300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[3300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges"): extrakranielle 4D geplant und kranielle stereotaktische Bestrahlung
2	VX00 - („Sonstiges"): Hyperfraktionierte und mit Chemotherapie kombinierte Strahlentherapie *Therapie der HNO Tumoren in enger Kooperation mit der HNO-Abteilung unter Einsatz kombinierter Chemo-/Strahlentherapie und hyperfraktionierter Bestrahlung mit den modernen Bestrahlungstechniken IGRT und IMRT/VMAT*
3	VX00 - („Sonstiges"): Kombinierte Hochvoltstrahlentherapie mit Brachytherapie *Bei der Behandlung des Prostata Ca's besteht bei uns die Möglichkeit zur Durchführung aller strahlentherapeutischer Behandlungsmethoden: 1. perkutane Bestrahlung 2. Kombination perk. Bestrahlung & Brachytherapie*
4	VX00 - („Sonstiges"): Kombinierte simultane Chemo/Strahlentherapie *Durch die eigene radioonkologische Bettenabteilung sind wir spezialisiert auf die simultane Radio-Chemotherapie bei hochkomplexen Tumorerkrankungen.*
5	VX00 - („Sonstiges"): Strahlentherapie im Rahmen von Onkologischen Zentren, Organzentren (Prostata-, Brust-, Lungenkarzinom-, Uroonkologisches, Darm-, Neuroonkologisches, Gynäkoonkologisches und Kopf-Hals-Tumorzentrum) *Entsprechend den S3-Leitlinien*
6	VI38 - Palliativmedizin *Palliative Radiotherapie; supportiv Therapie; Symptomorientierte Behandlung von z. B. Knochen/ Hirnmetastasen, Tumorblutung und Schmerztherapie.*

#	Medizinische Leistungsangebote
7	VR31 - Orthovoltstrahlentherapie
8	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie *Bildgestützte Strahlentherapie (IGRT, Cone Beam) aller Tumore mittels 3D -Bestrahlungsplanung, Einsatz von modernen Bestrahlungstechniken wie IMRT und VMAT, atemgesteuerte Bestrahlung, stereotaktische Bestrahlung des Kopfes und des Körperstammes.*
9	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden *Brachytherapie (lokale Kontaktbestrahlung durch einführen einer Iridiumquelle in den Tumor) bei Kopf-Hals-Tumoren, Speiseröhrentumore, Lungentumore, gynäkologische Tumore, Prostata-Tumore*
10	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
11	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

B-[3300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	684
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	99
2	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	82
3	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	57
4	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	54
5	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	49
6	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	34
7	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	34
8	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	33
9	C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx	22

10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	21

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	4419
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	452
3	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	386
4	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	315
5	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	185
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	135
7	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	93
8	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	64
9	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	53
10	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	46

B-[3300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Medizinisches Versorgungszentrum
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

B-[3300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3300].11 Personelle Ausstattung

B-[3300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,5
Personal in der stationären Versorgung	2,36
Fälle je Vollkraft	289,83
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,36
Personal in der stationären Versorgung	1,72
Fälle je Vollkraft	397,67

B-[3300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ58 - Strahlentherapie
3	AQ60 - Urologie

B-[3300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3300].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	9,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	9,41
Fälle je Vollkraft	72,69

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,03
Personal in der stationären Versorgung	0

Fälle je Vollkraft	0

B-[3300].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3300].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement *Schmerzmentor*
2	ZP20 - Palliative Care

B-[3300].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600] Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[3600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Kunitz
Telefon	0651 947 2429
Fax	0651 947 2421
E-Mail	stefanie.sohns@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges"): Differenzierte Lagerungsbehandlungen bei akutem Lungenversagen
2	VX00 - („Sonstiges"): Durchführung aller gängigen Schmerztherapieverfahren, Akutschmerzdienst, Schmerztherapie unter der Geburt
3	VX00 - („Sonstiges"): Einsatz von kontinuierlichen Nierenersatzverfahren
4	VX00 - („Sonstiges"): Einsatz von überbrückenden Leberersatzverfahren
5	VX00 - („Sonstiges"): Einsatz von überbrückenden Lungenersatzverfahren.
6	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen der Anästhesie in der Chirurgie
7	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen der Anästhesie in der Gefäßchirurgie
8	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen der Anästhesie in der Gynäkologie
9	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen der Anästhesie in der HNO
10	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen der Anästhesie in der Orthopädie
11	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen der Anästhesie in der Strahlentherapie
12	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen der Anästhesie in Kinder- und Jugendchirurgie und der Kinder- und Jugendmedizin
13	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen Regionalanästhesie: EDA Lumbal
14	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen Regionalanästhesie: EDA Thorakal
15	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen Regionalanästhesie: Periphere Regionalanästhesie
16	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen Regionalanästhesie: Regionale mit Katheter (von allen)
17	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen Regionalanästhesie: Spinalanästhesie
18	VX00 - („Sonstiges"): Leistungen Stand by
19	VX00 - („Sonstiges"): Während den Operationen, Untersuchungen und Eingriffen, kontinuierliche apparative Überwachung von Herz, Kreislauf und Atmung
20	VX00 - („Sonstiges"): Während der Operation intensives Wärmemanagement

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VC71 - Notfallmedizin *Notarztversorgung des Kreises Trier-Saarburg*
22	VI20 - Intensivmedizin *Intensivtherapien auf Grundlage nationaler und internationaler Leitlinien. Anästhesie und Anästhesisten 24 Std. im Haus. 3-Schicht- System im ärztlichen Bereich und auf der Intensivstation*
23	VI40 - Schmerztherapie *Perioperative Akutschmerztherapie, sowie Versorgung von chronischen Schmerzpatienten in Zusammenarbeit mit der Klinik für Schmerztherapie*

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

Vollstationäre Fallzahl	512
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	51
2	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	35
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	34
4	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	27
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	23
6	R07	Hals- und Brustschmerzen	19
7	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	17
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	13
9	A41	Sonstige Sepsis	10
10	I50	Herzinsuffizienz	10

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2537
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	600
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	487
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	380
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	335
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	296
7	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	285
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	212
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	200
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	193

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	41,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	41,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,67
Personal in der stationären Versorgung	38,39
Fälle je Vollkraft	12,49
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	23,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,33
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,53
Personal in der stationären Versorgung	21,8
Fälle je Vollkraft	22,26

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ23 - Innere Medizin

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

#	Zusatz-Weiterbildung
2	ZF15 - Intensivmedizin *inkl. spezieller anästhesiologischer Intensivmedizin*
3	ZF26 - Medizinische Informatik
4	ZF28 - Notfallmedizin *ebenfalls: Fachkunde Rettungsdienst*
5	ZF30 - Palliativmedizin
6	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
7	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	59,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	59,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	3,83
Personal in der stationären Versorgung	55,99
Fälle je Vollkraft	8,53

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2
Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	256

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes *Diabetesmentoren*
2	ZP13 - Qualitätsmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP01 - Basale Stimulation
5	ZP16 - Wundmanagement *Wundexperte*

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

B-[3751] Radiologie

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Radiologie

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[3751].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Günther Sigmund
Telefon	0651 947 2354
Fax	0651 947 2373
E-Mail	ruth.adam@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR00 - („Sonstiges"): Ballonaufdehnung von verengten Gefäßen (PTA)
2	VR00 - („Sonstiges"): Gefäß-Protheseneinlage in Arterien und Venen (Stent)
3	VR00 - („Sonstiges"): Hodenkrampfaderbehandlung
4	VR00 - („Sonstiges"): Mammographie-Screening Zentrum Trier *Versorgung von 50.000 Frauen im Einzugsgebiet Trier (Mammographie-Screening)*
5	VR00 - („Sonstiges"): Medikamentöse Auflösung von Gefäßverstopfungen (Lyse)
6	VR00 - („Sonstiges"): Prothesen-Einlagen in die Speiseröhre und die Gallenwege (Stent)
7	VR00 - („Sonstiges"): Radiologische Leistungen für die Ärztliche Bereitschaftspraxis Trier *Die Ärztliche Bereitschaftspraxis Trier befindet sich im Erweiterungsbau des Klinikums*
8	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen *Klassisches Röntgen und Durchleuchten in strahlensparender digitaler Technik. Spezielle Verfahren dienen der Darstellung der Gallen-und Harnwege, der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes*
9	VR02 - Native Sonographie
10	VR04 - Duplexsonographie
11	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) *Diagnostische und interventionelle Behandlung der Patientinnen mit Verdacht auf Brustkrebs: Mammographie, Tomosynthese, Ultraschall, MRT, Ultraschall- und MR- gesteuerte Biopsie, sowie tomosynthese-gesteuerte Vakuumbiopsien*
12	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
13	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
14	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
15	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
16	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren *CT des Herzens*

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VR15 - Arteriographie
18	VR16 - Phlebographie
19	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
20	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
21	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) aller Organsysteme, einschließlich der MR-Mammographie und MR-Angiographie, MRT des Herzens, Prostata MRT, Untersuchungen auch von Säuglingen und Kleinkindern in Sedierung oder Narkose*
22	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
23	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
24	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
25	VR40 - Spezialsprechstunde
26	VR41 - Interventionelle Radiologie
27	VR42 - Kinderradiologie
28	VR43 - Neuroradiologie
29	VR44 - Teleradiologie
30	VR47 - Tumorembolisation

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Radiologische Ambulanz *Durchführung radiologischer Leistungen soweit diese im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.*

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

B-[3751].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	14,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	2,01
Personal in der stationären Versorgung	12,31
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	12,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,73
Personal in der stationären Versorgung	10,61
Fälle je Vollkraft	0

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie *inkl. DEGUM II Mammasonographie und Mammographie*

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden –
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	7,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	7,72

Personal in der stationären Versorgung	0
Fälle je Vollkraft	0

B-[3751].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3751].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3751].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3752] Palliativmedizin

B-[3752].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Palliativmedizin

B-[3752].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3752 - Palliativmedizin

B-[3752].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Lorenz Fischer
Telefon	0651 683 1500
Fax	0651 683 1503
E-Mail	station-2b-n@mutterhaus.de
Strasse	Feldstraße
Hausnummer	16
PLZ	54290
Ort	Trier

B-[3752].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[3752].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI27 - Spezialsprechstunde
2	VI38 - Palliativmedizin
3	VI40 - Schmerztherapie
4	VP14 - Psychoonkologie

B-[3752].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	229
Teilstationäre Fallzahl	0

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	39
2	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	23
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	16
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	12
5	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	9
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	8
7	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	8
8	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	7
9	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	7
10	I50	Herzinsuffizienz	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	215

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	156
3	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	46
4	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	24
5	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	9
6	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	8
7	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	5
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	5
9	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4
10	8-390	Lagerungsbehandlung	4

B-[3752].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Palliativambulanz

B-[3752].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3752].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3752].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3752].11 Personelle Ausstattung

B-[3752].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,66
Fälle je Vollkraft	86,09
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	2,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,66
Fälle je Vollkraft	86,09

B-[3752].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3	AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[3752].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF02 - Akupunktur
2	ZF28 - Notfallmedizin *auch die Fachkunde Rettungsdienst ist gegeben*
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
5	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –
6	ZF44 - Sportmedizin

B-[3752].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	8,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	8,53
Fälle je Vollkraft	26,85

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,16
Fälle je Vollkraft	1431,25

B-[3752].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

B-[3752].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP13 - Qualitätsmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement *Pain Nurse*
3	ZP20 - Palliative Care

B-[3752].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3753] Schmerzmedizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Schmerzmedizin

B-[3753].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3753 - Schmerztherapie

B-[3753].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Lorenz Fischer
Telefon	0651 683 1500
Fax	0651 683 1503
E-Mail	schmerzmedizin@mutterhaus.de
Strasse	Theobaldstraße
Hausnummer	12
PLZ	54292
Ort	Trier
URL	https://www.mutterhaus.de/klinikum-mutterhaus-nord/medizinische-fachabteilungen/schmerztherapie/allgemein/#contentTop

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

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

Vollstationäre Fallzahl	230
Teilstationäre Fallzahl	217

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F45	Somatoforme Störungen	192
2	M54	Rückenschmerzen	9
3	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
4	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	< 4
5	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
6	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	< 4
7	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	< 4
8	G58	Sonstige Mononeuropathien	< 4
9	B02	Zoster [Herpes zoster]	< 4
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	931
2	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	268
3	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	236
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	50

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	31
6	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	29
7	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	22
8	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	15
9	8-020	Therapeutische Injektion	12
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	9

B-[3753].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schmerzambulanz

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[3753].11 Personelle Ausstattung

B-[3753].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,04
Fälle je Vollkraft	56,93
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	4,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,04
Fälle je Vollkraft	56,93

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie
2	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3	AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[3753].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF02 - Akupunktur

#	Zusatz-Weiterbildung
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –
5	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
6	ZF44 - Sportmedizin

B-[3753].11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (in Vollkräften)	4,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,24
Fälle je Vollkraft	54,25

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

Anzahl (in Vollkräften)	0,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,24
Fälle je Vollkraft	958,33

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

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

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement *Pain Nurse*

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	80
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	80
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	15
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	21
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	21
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	17
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	17

Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	781
Dokumentationsrate	100,13
Anzahl Datensätze Standort	781
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	2329
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	2329
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	87
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	86
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	514
Dokumentationsrate	100,19
Anzahl Datensätze Standort	515
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	343
Dokumentationsrate	100,87
Anzahl Datensätze Standort	327
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HCH - Herzchirurgie

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	327
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	206
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	321
Dokumentationsrate	100,31
Anzahl Datensätze Standort	206
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	229
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	110
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	220
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	105
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

NEO - Neonatologie

Fallzahl	410
Dokumentationsrate	101,95
Anzahl Datensätze Standort	418
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	638
Dokumentationsrate	100,94
Anzahl Datensätze Standort	644
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	346
Dokumentationsrate	100,58
Anzahl Datensätze Standort	297
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	**2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG	B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,13
Vertrauensbereich bundesweit	99,09 - 99,16
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,67 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	284
Beobachtete Ereignisse	284
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,16
Vertrauensbereich bundesweit	99,13 - 99,20
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,67 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	284
Beobachtete Ereignisse	284

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

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

	DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,44
Vertrauensbereich bundesweit	98,24 - 98,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232000_2005**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,85 - 98,95
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,79 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	170

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232001_2006**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,89 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,79 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	170

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das

Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232002_2007**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,81
Vertrauensbereich bundesweit	97,41 - 98,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	90,98
Vertrauensbereich bundesweit	90,82 - 91,14
Rechnerisches Ergebnis	96,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,81 - 98,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	155
Beobachtete Ereignisse	149
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**232003_2009**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	66,88
Vertrauensbereich bundesweit	66,70 - 67,06
Rechnerisches Ergebnis	69,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	63,25 - 74,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	181

9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID	**2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	92,29 - 92,59
Rechnerisches Ergebnis	88,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,48 - 93,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	120
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232004_2013**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,77
Vertrauensbereich bundesweit	92,56 - 92,97
Rechnerisches Ergebnis	88,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,73 - 93,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	91

11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	**2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,55
Vertrauensbereich bundesweit	96,47 - 96,63
Rechnerisches Ergebnis	96,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,02 - 98,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	221
Beobachtete Ereignisse	213

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232005_2028**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

Fachlicher Hinweis IQTIG	und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,74
Vertrauensbereich bundesweit	95,61 - 95,86
Rechnerisches Ergebnis	94,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,97 - 97,54
Fallzahl	
Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	132

13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	**2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

	dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich bundesweit	98,74 - 98,83
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,23 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	213
Beobachtete Ereignisse	213

14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232006_2036**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit

	Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,58 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,17 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	132

15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	**50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation,

	medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 1,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	155
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	12,56

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**232007_50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 1,31

Fallzahl

Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	23,90

17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Ergebnis-ID	**232010_50778**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 1,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	11,35

18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben

sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	**231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	17,66
Vertrauensbereich bundesweit	17,46 - 17,85
Rechnerisches Ergebnis	11,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,27 - 16,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	19

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

Ergebnis-ID	**232008_231900**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,18
Vertrauensbereich bundesweit	18,04 - 18,31
Rechnerisches Ergebnis	13,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,21 - 18,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	284
Beobachtete Ereignisse	39

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	**50722**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist

Fachlicher Hinweis IQTIG	zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,72
Vertrauensbereich bundesweit	96,66 - 96,78
Rechnerisches Ergebnis	97,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,42 - 99,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	281
Beobachtete Ereignisse	275
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**232009_50722**
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich bundesweit	96,57 - 96,75
Rechnerisches Ergebnis	97,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,22 - 98,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	168
Beobachtete Ereignisse	163

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**52009**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,24 - 1,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26457
Beobachtete Ereignisse	117
Erwartete Ereignisse	78,47
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,28 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	**52326**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,33 - 0,34
Rechnerisches Ergebnis	0,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 0,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	26457
Beobachtete Ereignisse	106

24. 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 bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	**521801**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	26457
Beobachtete Ereignisse	9

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

Ergebnis-ID	**521800**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG	Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt" und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt". Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

26. 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 oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	**52010**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG	von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,01

Fallzahl

Grundgesamtheit	26457
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	**51906**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen

	Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 1,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	**12874**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation,

Fachlicher Hinweis IQTIG	medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung

nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	**10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	7,39
Vertrauensbereich bundesweit	6,97 - 7,83
Rechnerisches Ergebnis	5,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,48 - 12,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**172000_10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit

	den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	11,08
Vertrauensbereich bundesweit	9,83 - 12,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**172001_10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	13,17
Vertrauensbereich bundesweit	12,08 - 14,34

Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**60685**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Einheit	%
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	**60686**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,88
Vertrauensbereich bundesweit	18,16 - 19,62
Rechnerisches Ergebnis	8
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,15 - 18,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 43,52 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**612**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	89,00
Vertrauensbereich bundesweit	88,68 - 89,31
Rechnerisches Ergebnis	84,41

Vertrauensbereich Krankenhaus	78,51 - 88,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	186
Beobachtete Ereignisse	157
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	**52283**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,30
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,42

Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 2,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	425
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54001**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,65

Vertrauensbereich bundesweit	97,57 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	98,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,07 - 99,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	99

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54002**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	92,06
Vertrauensbereich bundesweit	91,65 - 92,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	**54003**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,82
Vertrauensbereich bundesweit	8,60 - 9,05
Rechnerisches Ergebnis	7,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,65 - 14,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

39. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	**54004**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies

	trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,09
Vertrauensbereich bundesweit	97,01 - 97,17
Rechnerisches Ergebnis	96,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,43 - 98,57

Fallzahl

Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	145

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54015**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 1,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	11,21
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54016**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,39 - 1,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,67 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54017**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,48
Vertrauensbereich bundesweit	7,08 - 7,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,43 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54018**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,69
Vertrauensbereich bundesweit	4,53 - 4,86
Rechnerisches Ergebnis	4,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,67 - 10,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54019**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,31
Vertrauensbereich bundesweit	2,24 - 2,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,59 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation

zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,99

Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehllage, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**191800_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,06

Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

47. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**191801_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54012**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der

	Rechenregel.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 1,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	180
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	15,64

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,56 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	**54013**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der

	Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**191914**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 2,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	5,55

51. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	**54030**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	9,11
Vertrauensbereich bundesweit	8,88 - 9,35
Rechnerisches Ergebnis	7,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,62 - 15,98

Fallzahl

Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

52. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	**54050**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

Fachlicher Hinweis IQTIG	als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,54
Vertrauensbereich bundesweit	97,40 - 97,67
Rechnerisches Ergebnis	97,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,75 - 99,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	65

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54033**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG	Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,91 - 1,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	13,89

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Ergebnis-ID	**54029**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,96
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,88 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54042**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse

	mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 1,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	7,35

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,46 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54046**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

Fachlicher Hinweis IQTIG	und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 1,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

57. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	**52321**
	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses

Leistungsbereich	(Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

58. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**141800**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	0,26
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,80 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	**50055**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herz tods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im

	Rahmen von Stu dien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricu-lar Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,97
Vertrauensbereich bundesweit	91,58 - 92,34
Rechnerisches Ergebnis	80,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,00 - 92,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	17

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Ergebnis-ID	**50005**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG	B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisati onstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäi schen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Gli kson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. • McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368. • Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias
Einheit	%
Bundesergebnis	97,70
Vertrauensbereich bundesweit	97,49 - 97,90
Rechnerisches Ergebnis	90,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,09 - 97,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21

Beobachtete Ereignisse	19

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Ergebnis-ID	**52131**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Ag gregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf

	Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	91,55
Vertrauensbereich bundesweit	91,22 - 91,86
Rechnerisches Ergebnis	50
Vertrauensbereich Krankenhaus	29,93 - 70,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	10

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**131801**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	1,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,80 - 4,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,02

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,53 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	**52316**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibril-lators 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: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,26

Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,40
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,98 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	60

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**131802**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies

	trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	**52325**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel

	von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	**131803**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept

	Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	53,76
Vertrauensbereich bundesweit	53,05 - 54,48
Rechnerisches Ergebnis	55
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,21 - 74,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	11

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

Ergebnis-ID	**51186**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,27

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	**52307**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist

Fachlicher Hinweis IQTIG	zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,64
Vertrauensbereich bundesweit	98,54 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	95,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,51 - 98,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	58
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**111801**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,30 %

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

70. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	**101803**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizi enz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac

	resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,40
Vertrauensbereich bundesweit	96,26 - 96,54
Rechnerisches Ergebnis	94,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,39 - 97,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	73

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Ergebnis-ID	**54140**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG	B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewer tet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herz schrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364
Einheit	%
Bundesergebnis	99,54
Vertrauensbereich bundesweit	99,49 - 99,59
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,19 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	76
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht

wurde)	
Ergebnis-ID	**52139**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herz schrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herz schrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei gerin gen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechneri sche Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Ge raedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Kran kenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,41
Vertrauensbereich bundesweit	88,20 - 88,62

Rechnerisches Ergebnis	83,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,08 - 89,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	78
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**101800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 1,52

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	6,37

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Ergebnis-ID	**52305**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse

Fachlicher Hinweis IQTIG	mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,38
Vertrauensbereich bundesweit	95,30 - 95,46
Rechnerisches Ergebnis	93,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,93 - 95,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	276
Beobachtete Ereignisse	258

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**101801**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %

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

76. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	**52311**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,42
Vertrauensbereich bundesweit	1,34 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	**101802**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	53,31
Vertrauensbereich bundesweit	52,95 - 53,67
Rechnerisches Ergebnis	67,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,27 - 77,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	50

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

Ergebnis-ID	**51191**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,96

Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 5,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**121800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine

	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,60 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52315**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel

	von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**51404**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG	guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,19
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 45,54

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**603**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,11
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,26
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

83. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**604**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der

	verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,68
Vertrauensbereich bundesweit	99,53 - 99,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	**52240**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,65
Vertrauensbereich bundesweit	4,52 - 12,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**11704**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,67 (95. Perzentil)

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

86. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**11724**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der

	mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 42,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

87. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	**605**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0

88. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	**606**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,66
Vertrauensbereich bundesweit	1,12 - 2,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

89. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	**51859**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,75 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

90. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51437**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

Fachlicher Hinweis IQTIG	als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,38
Vertrauensbereich bundesweit	96,74 - 97,90
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

91. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51443**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,27
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51873**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	3,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 12,29

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51865**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-

	Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Rechnerisches Ergebnis	6,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,25 - 23,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

94. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID	**51445**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,99

Vertrauensbereich bundesweit	1,51 - 2,62
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

95. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51448**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 4,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

96. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51860**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,81
Vertrauensbereich bundesweit	3,99 - 5,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

97. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	**161800**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,70
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 4,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Ergebnis-ID	**382000**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,70 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Ergebnis-ID	**382009**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

Fachlicher Hinweis IQTIG	als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,58
Vertrauensbereich bundesweit	0,41 - 0,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,23 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	**382005**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	2,39
Vertrauensbereich bundesweit	2,03 - 2,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	**382006**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,85 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Ergebnis-ID	**372000**
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,67
Vertrauensbereich bundesweit	1,51 - 1,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,78 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Ergebnis-ID	**372001**
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Ergebnis-ID	**372009**
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,57 - 0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,94 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	**372005**
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

Fachlicher Hinweis IQTIG	und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,73 - 2,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	**372006**
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,14 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)

Ergebnis-ID	**352000**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	95,57
Vertrauensbereich bundesweit	95,30 - 95,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten

Ergebnis-ID	**352010**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	0,72
Vertrauensbereich bundesweit	0,61 - 0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,94 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Ergebnis-ID	**352006**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Einheit	%
Bundesergebnis	1,95
Vertrauensbereich bundesweit	1,77 - 2,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	**352007**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,10 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54020**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,97
Vertrauensbereich bundesweit	97,89 - 98,05
Rechnerisches Ergebnis	98,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,10 - 99,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54021**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,52
Vertrauensbereich bundesweit	97,31 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**54022**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,75 - 92,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

114. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54123**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,55 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

115. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**50481**

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,20
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,45 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation

(bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	**54124**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,20 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

117. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	**54125**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,19
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 14,29 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der

	Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,22
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,40

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,66 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	**54127**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-

	grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,01

Fallzahl

Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	**51846**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,10
Vertrauensbereich bundesweit	97,99 - 98,19
Rechnerisches Ergebnis	97,5
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,15 - 98,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	320
Beobachtete Ereignisse	312

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

121. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	**52330**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im

Fachlicher Hinweis IQTIG	Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,44
Vertrauensbereich bundesweit	99,32 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52279**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90

Vertrauensbereich bundesweit	98,77 - 99,01
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,61 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	272
Beobachtete Ereignisse	272

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

123. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	**2163**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen

	lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**50719**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,17
Vertrauensbereich bundesweit	3,67 - 4,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

125. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Ergebnis-ID	**51847**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen

Fachlicher Hinweis IQTIG	möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,11
Vertrauensbereich bundesweit	96,92 - 97,29
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,19 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	133

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

126. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	**51370**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG	ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	2,54
Vertrauensbereich bundesweit	2,41 - 2,68
Rechnerisches Ergebnis	2,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 5,66

Fallzahl

Grundgesamtheit	202
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 9,52 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

127. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Ergebnis-ID	**60659**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG	von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	10,67
Vertrauensbereich bundesweit	10,42 - 10,92
Rechnerisches Ergebnis	14,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,83 - 19,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	276
Beobachtete Ereignisse	40

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 22,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

128. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	**211800**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,46
Vertrauensbereich bundesweit	99,40 - 99,52
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,50 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	252
Beobachtete Ereignisse	252

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,41 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

129. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

Ergebnis-ID	**56000**
	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten

Leistungsbereich	Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	61,88
Vertrauensbereich bundesweit	61,68 - 62,08
Rechnerisches Ergebnis	69,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	62,61 - 76,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	169
Beobachtete Ereignisse	118

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

130. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID	**56001**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	29,94
Vertrauensbereich bundesweit	29,74 - 30,15
Rechnerisches Ergebnis	41,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,38 - 49,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	155
Beobachtete Ereignisse	65

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 44,87 % (95. Perzentil)

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

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

Ergebnis-ID	**56003**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	74,55
Vertrauensbereich bundesweit	74,09 - 75,01
Rechnerisches Ergebnis	95,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,42 - 99,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	22

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**56004**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Einheit	%
Bundesergebnis	3,21
Vertrauensbereich bundesweit	3,03 - 3,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 8,78 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

133. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56005**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 1,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	371
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	49,72

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

134. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56006**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	1,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,59 - 2,60

Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,29

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

135. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56007**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 1,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	270
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	48,78

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

136. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	**56008**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,24
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	679
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

137. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	**56009**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich bundesweit	4,70 - 4,82
Rechnerisches Ergebnis	5,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,84 - 8,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	373
Beobachtete Ereignisse	22

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

138. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	**56010**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	18,19
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 18,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

139. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Ergebnis-ID	**56011**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,14
Vertrauensbereich bundesweit	11,03 - 11,26
Rechnerisches Ergebnis	11,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,86 - 15,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	278
Beobachtete Ereignisse	31

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

140. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	**56014**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,25
Vertrauensbereich bundesweit	93,00 - 93,49
Rechnerisches Ergebnis	89,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,90 - 97,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	26

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

141. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Ergebnis-ID	**56016**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,07

Vertrauensbereich bundesweit	94,99 - 95,16
Rechnerisches Ergebnis	90,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,17 - 93,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	277
Beobachtete Ereignisse	252

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

142. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	**330**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel

Einheit	%
Bundesergebnis	96,53
Vertrauensbereich bundesweit	96,07 - 96,94
Rechnerisches Ergebnis	94,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,30 - 98,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	37
Beobachtete Ereignisse	35

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

143. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	**50045**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,97
Rechnerisches Ergebnis	99,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,41 - 99,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	901
Beobachtete Ereignisse	894
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

144. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG	Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,12 - 1,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	2297
Beobachtete Ereignisse	884
Erwartete Ereignisse	747,45

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

145. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182000_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,54
Vertrauensbereich bundesweit	18,37 - 18,71
Rechnerisches Ergebnis	22,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,23 - 25,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	589

Beobachtete Ereignisse	132

146. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182001_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	45,71
Vertrauensbereich bundesweit	45,40 - 46,02
Rechnerisches Ergebnis	55,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	50,03 - 60,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	334
Beobachtete Ereignisse	185

147. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182002_52249**

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	3,69
Vertrauensbereich bundesweit	3,61 - 3,78
Rechnerisches Ergebnis	4,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,38 - 7,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	505
Beobachtete Ereignisse	25

148. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182003_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	20,97
Vertrauensbereich bundesweit	20,66 - 21,28
Rechnerisches Ergebnis	28,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	22,27 - 35,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	49

149. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182004_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	70,68
Vertrauensbereich bundesweit	70,41 - 70,95
Rechnerisches Ergebnis	69,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	65,05 - 74,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	369
Beobachtete Ereignisse	258

150. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182005_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

	dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,67
Vertrauensbereich bundesweit	92,30 - 93,01
Rechnerisches Ergebnis	97,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,43 - 99,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	70

151. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182006_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	86,54
Vertrauensbereich bundesweit	85,92 - 87,13
Rechnerisches Ergebnis	95
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,50 - 98,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	38

152. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	**182007_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	75,10
Vertrauensbereich bundesweit	74,58 - 75,61
Rechnerisches Ergebnis	85,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,52 - 89,97

Fallzahl

Grundgesamtheit	148

Beobachtete Ereignisse	126

153. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182008_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,87 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

154. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182009_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	43,84
Vertrauensbereich bundesweit	43,35 - 44,34
Rechnerisches Ergebnis	42,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,64 - 50,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	63

155. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	**1058**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse

Fachlicher Hinweis IQTIG	mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,33
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

156. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**321**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,21 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 0,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2033
Beobachtete Ereignisse	6

157. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51397**

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,60 - 2,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	2033
Beobachtete Ereignisse	6

Erwartete Ereignisse	4,60

158. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51831**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,47

Fallzahl

Grundgesamtheit	155
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,08

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,94 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

159. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	**318**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll

	geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,95 - 97,38
Rechnerisches Ergebnis	95,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,91 - 98,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	119
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

160. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der

	mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 2,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2116
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	14,52
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

161. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51808_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen

	können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2116
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,55

162. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51813_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 3,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2096
Beobachtete Ereignisse	6

Erwartete Ereignisse	4,22

163. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51818_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	1,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,02 - 3,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	2090
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	5,32

164. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51823_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 2,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	2091
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,43

165. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

Fachlicher Hinweis IQTIG	verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1410
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,81
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,96 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

166. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181801_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,73 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	1254
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,13

167. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181802_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

Fachlicher Hinweis IQTIG	und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,68

168. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Ergebnis-ID	**51070**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,20
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	312
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

169. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51832**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen

	können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Einheit	%
Bundesergebnis	3,57
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,99
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	0

170. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51837**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren

	aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,40

171. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51076**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

	dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Einheit	%
Bundesergebnis	2,81
Vertrauensbereich bundesweit	2,47 - 3,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

172. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50050**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die

	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 4,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**51838**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

	Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Einheit	%
Bundesergebnis	1,93
Vertrauensbereich bundesweit	1,67 - 2,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	**51843**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die

	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	1,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 6,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

175. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51079**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

	Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Einheit	%
Bundesergebnis	5,40
Vertrauensbereich bundesweit	4,85 - 6,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	59
Beobachtete Ereignisse	0

176. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50053**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die

	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	59
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,10

177. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51078**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

	Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Einheit	%
Bundesergebnis	3,67
Vertrauensbereich bundesweit	3,13 - 4,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0

178. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut der Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50052**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die

	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung"
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79

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

Ergebnis-ID	**51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

Fachlicher Hinweis IQTIG	verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mor talität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühge borene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen lenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mög lich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 1,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

180. Frühgeborene, die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51136_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,40

181. Frühgeborene, die eine schwerwiegende Hirnblutung hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51141_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 6,65

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

182. Frühgeborene, die eine eine schwerwiegende Schädigung des Darms hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51146_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse

	bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,24
Rechnerisches Ergebnis	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 8,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

183. Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Lunge hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51156_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,73

184. Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51161_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept
Bundesergebnis	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43

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

Ergebnis-ID	**50060**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,83 - 3,17

Fallzahl

Grundgesamtheit	339
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	4,91

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,47 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder

	auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,32 - 3,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	194
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	5,25

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,31 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

187. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222000_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	3,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,43 - 6,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	194
Beobachtete Ereignisse	6

188. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222001_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu

	DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	194
Beobachtete Ereignisse	0

189. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222002_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,28 - 1,54

Rechnerisches Ergebnis	3,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,43 - 6,58

Fallzahl

Grundgesamtheit	194
Beobachtete Ereignisse	6

190. Wachstum des Kopfes

Ergebnis-ID	**52262**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	10,06
Vertrauensbereich bundesweit	9,54 - 10,60
Rechnerisches Ergebnis	5,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,22 - 11,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	5

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 21,90 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
191. Ein Hörtest wurde durchgeführt	
Ergebnis-ID	**50063**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,30
Vertrauensbereich bundesweit	98,21 - 98,38
Rechnerisches Ergebnis	97,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,04 - 98,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	366
Beobachtete Ereignisse	356
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %

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

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

Ergebnis-ID	**50069**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 - 3,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,55 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

193. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50074**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG	entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 1,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	309
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	11,35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

☑ Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Auswahl
1	Schlaganfall ([Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

#	DMP
1	Brustkrebs
2	Diabetes mellitus Typ 1
3	Diabetes mellitus Typ 2

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

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

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (mit einem Aufnahmegewicht < 1250g)	
Erbrachte Menge	32
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Erbrachte Menge	36
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	102
Erläuterungen	Weitere 109 Eingriffe wurden bis zum 15.07.2021 am Standort Ehrang erbracht
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	24

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (mit einem Aufnahmegewicht < 1250g)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	32
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	27
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	36
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	29
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	102
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	229
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	24
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	23
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	CQ18: Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie
3	CQ03: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde
4	CQ05: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 *Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org*

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

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Ja
Nimmt das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil?	Ja
Hat das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen?	Nein

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	218
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	70
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	47

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - B2 Intensiv - Nachtschicht	100 %
2	Innere Medizin, Kardiologie - A4 - Tagschicht	72,73 %
3	Innere Medizin, Kardiologie - A4 - Nachtschicht	100 %
4	Intensivmedizin - B2 Intensiv - Tagschicht	100 %
5	Unfallchirurgie - A5.1 - Tagschicht	100 %
6	Unfallchirurgie - A5.1 - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
7	Unfallchirurgie - B5 - Tagschicht	100 %
8	Unfallchirurgie - B5 - Nachtschicht	100 %
9	Unfallchirurgie - N5 - Tagschicht	100 %
10	Unfallchirurgie - N5 - Nachtschicht	100 %
11	Unfallchirurgie - A5 - Tagschicht	100 %
12	Unfallchirurgie - A5 - Nachtschicht	100 %
13	Intensivmedizin - 1B Nord - Tagschicht	100 %
14	Intensivmedizin - 1B Nord - Nachtschicht	100 %
15	Geriatrie - 3A/B Nord - Tagschicht	100 %
16	Geriatrie - 3A/B Nord - Nachtschicht	100 %
17	Geriatrie - 4B Nord - Tagschicht	40 %
18	Geriatrie - 4B Nord - Nachtschicht	80 %
19	Innere Medizin - 1B Nord - Tagschicht	100 %
20	Innere Medizin - 1B Nord - Nachtschicht	100 %
21	Innere Medizin - 2B Nord - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin, Kardiologie - 0A Nord - Tagschicht	100 %
23	Innere Medizin - 2B Nord - Nachtschicht	100 %
24	Innere Medizin, Kardiologie - 0A Nord - Nachtschicht	100 %
25	Innere Medizin - 4B Nord - Tagschicht	40 %
26	Innere Medizin - 4B Nord - Nachtschicht	80 %
27	Innere Medizin, Kardiologie - 3A/B Nord - Tagschicht	100 %
28	Pädiatrie - A 3 Mitte - Tagschicht	100 %
29	Pädiatrie - A3 Mitte - Nachtschicht	100 %
30	Pädiatrie - B 3 Mitte - Tagschicht	100 %
31	Pädiatrie - B 3 Mitte - Nachtschicht	100 %
32	Allgemeine Chirurgie - B 4 Mitte - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
33	Allgemeine Chirurgie - B 4 Mitte - Nachtschicht	100 %
34	Innere Medizin - B 8 Mitte - Tagschicht	100 %
35	Innere Medizin - B 8 Mitte - Nachtschicht	100 %
36	Innere Medizin - C 3 Mitte - Tagschicht	100 %
37	Innere Medizin - C 3 Mitte - Nachtschicht	100 %
38	Allgemeine Chirurgie - C4 Mitte - Tagschicht	100 %
39	Allgemeine Chirurgie - C 4 Mitte - Nachtschicht	100 %
40	Pädiatrie - N 6 Mitte - Tagschicht	100 %
41	Pädiatrie - N 6 Mitte - Nachtschicht	100 %
42	Pädiatrie - N 6.1 Mitte - Tagschicht	100 %
43	Pädiatrie - N 6.1 Mitte - Nachtschicht	100 %
44	Innere Medizin - N 7 Mitte - Tagschicht	100 %
45	Innere Medizin - N 7 Mitte - Nachtschicht	100 %
46	Pädiatrie - S 51 Mitte - Tagschicht	100 %
47	Pädiatrie - S 51 Mitte - Nachtschicht	100 %
48	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - A 5 Ehrang - Tagschicht	100 %
49	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - A5 Ehrang - Nachtschicht	83,33 %
50	Intensivmedizin - B 2 Ehrang - Tagschicht	100 %
51	Intensivmedizin - B 2 Ehrang - Nachtschicht	100 %
52	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - B 3 Ehrang - Tagschicht	100 %
53	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - B 3 Ehrang - Nachtschicht	100 %
54	Innere Medizin, Kardiologie - B 4 Ehrang - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
55	Innere Medizin, Kardiologie - B 4 Ehrang - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - B2 Intensiv - Nachtschicht	98,9 %
2	Kardiologie - A4 - Tagschicht	48,2 %
3	Kardiologie - A4 - Nachtschicht	89,22 %
4	Intensivmedizin - B2 Intensiv - Tagschicht	93,42 %
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie - A5.1 - Tagschicht	95,65 %
6	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - A5.1 - Nachtschicht	8,07 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie - B5 - Tagschicht	94,61 %
8	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - B5 - Nachtschicht	86,23 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie - N5 - Tagschicht	96,41 %
10	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - N5 - Nachtschicht	81,14 %
11	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie - A5 - Tagschicht	82,63 %
12	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - A5 - Nachtschicht	78,74 %
13	Intensivmedizin - 1B Nord - Tagschicht	98,37 %
14	Intensivmedizin - 1B Nord - Nachtschicht	96,74 %
15	Geriatrie - 3 A/B Nord - Tagschicht	95,07 %
16	Geriatrie - 3 A/B Nord - Nachtschicht	70,41 %
17	Geriatrie - 4 B Nord - Tagschicht	43,36 %
18	Geriatrie - 4 B Nord - Nachtschicht	59,44 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
19	Innere Medizin - 1B Nord - Tagschicht	98,37 %
20	Innere Medizin - 1B Nord - Nachtschicht	96,74 %
21	Innere Medizin - 2B Nord - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin, Kardiologie - OA Nord - Tagschicht	98,8 %
23	Innere Medizin, Kardiologie - OA Nord - Nachtschicht	76,65 %
24	Kardiologie - 2B Nord - Nachtschicht	3,26 %
25	Innere Medizin, Kardiologie - 3A/B Nord - Tagschicht	95,07 %
26	Innere Medizin - 4 B Nord - Tagschicht	43,36 %
27	Innere Medizin - 4 B Nord - Nachtschicht	59,44 %
28	Pädiatrie - A 3 Mitte - Tagschicht	98,35 %
29	Pädiatrie - A 3 Mitte - Nachtschicht	47,19 %
30	Pädiatrie - B 3 Mitte - Tagschicht	97,6 %
31	Pädiatrie - B 3 Mitte - Nachtschicht	94,31 %
32	Allgemeine Chirurgie - B 4 Mitte - Tagschicht	83,61 %
33	Allgemeine Chirurgie - B 4 Mitte - Nachtschicht	36,07 %
34	Innere Medizin - B 8 Mitte - Tagschicht	99,7 %
35	Innere Medizin - B 8 Mitte - Nachtschicht	96,71 %
36	Innere Medizin - C 3 Mitte - Tagschicht	96,41 %
37	Innere Medizin - C 3 Mitte - Nachtschicht	96,41 %
38	Allgemeine Chirurgie - C 4 Mitte - Tagschicht	91,02 %
39	Allgemeine Chirurgie - C 4 Mitte - Nachtschicht	66,17 %
40	Pädiatrie - N 6 Mitte - Tagschicht	100 %
41	Pädiatrie - N 6 Mitte - Nachtschicht	100 %
42	Pädiatrie - N 6.1 Mitte - Tagschicht	100 %
43	Pädiatrie - N 6.1 Mitte - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
44	Innere Medizin - N 7 Mitte - Tagschicht	79,64 %
45	Innere Medizin - N 7 Mitte - Nachtschicht	89,52 %
46	Pädiatrie - S 51 Mitte - Tagschicht	98,5 %
47	Pädiatrie - S 51 Mitte - Nachtschicht	68,56 %
48	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - A5 Ehrang - Tagschicht	93,94 %
49	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - A 5 Ehrang - Nachtschicht	29,09 %
50	Intensivmedizin - B 2 Ehrang - Tagschicht	81,12 %
51	Intensivmedizin - B 2 Ehrang - Nachtschicht	98,98 %
52	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - B 3 Ehrang - Tagschicht	100 %
53	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - B 3 Ehrang - Nachtschicht	6,67 %
54	Innere Medizin, Kardiologie - B 4 Ehrang - Tagschicht	92,12 %
55	Innere Medizin, Kardiologie - B 4 Ehrang - Nachtschicht	81,82 %