

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2023

Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH Standort Rudolstadt

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.12 am 28.01.2025 um 11:09 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	14
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	16
A-10 Gesamtfallzahlen	16
A-11 Personal des Krankenhauses	16
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	16
A-11.2 Pflegepersonal	17
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal	19
A-11.3.2 Genesungsbegleitung	19
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	21
A-12.1 Qualitätsmanagement	21
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	21
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	24
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	26
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	27
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	30
A-13 Besondere apparative Ausstattung	31
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	31
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	31
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	31
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	32
B-[1].1 Klinik für Geriatrie	32
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	32
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	33
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	40
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	44
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	44

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	44
B-[1].11 Personelle Ausstattung	45
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	45
B-11.2 Pflegepersonal	45
B-[2].1 Klinik für Innere Medizin	47
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	48
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	50
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	50
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	62
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	69
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	69
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	69
B-[2].11 Personelle Ausstattung	70
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	70
B-11.2 Pflegepersonal	70
B-[3].1 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie / Standort Rudolstadt	73
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	73
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[3].6 Diagnosen nach ICD	75
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	75
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	75
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	76
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[3].11 Personelle Ausstattung	77
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	77
B-11.2 Pflegepersonal	77
Teil C - Qualitätssicherung	79
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	79
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	79
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse]	82
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	178
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	178
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	179
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	180
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	180
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	180
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	180

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):	184
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	184

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH, Klinikstandort Rudolstadt

Einleitungstext

Liebe Leserinnen und Leser, sehr geehrte Damen und Herren,

als größtes nicht-universitäres und kommunales Krankenhaus in Thüringen tragen wir eine besondere Verantwortung für unsere Region, für die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten und für unsere mehr als 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit unserem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Einblick in die Qualität der Behandlungsangebote, in das Leistungsspektrum und in die Kompetenzen der Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ geben.

Unser Ziel ist es, Ihnen die Qualität unserer medizinischen Versorgung und unsere kontinuierlichen Verbesserungen aufzuzeigen. Neben den gesetzlichen Anforderungen informiert dieser Bericht auch über die Entwicklung und das Portfolio der Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“. Dank der Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können wir unsere Patienten wohnortnah, qualitätsgerecht und effizient nach aktuellen medizinischen Leitlinien behandeln. Wir setzen uns auch im ambulanten Bereich aktiv dafür ein, die Gesundheitsversorgung in der Region zu verbessern, und bauen unser Medizinisches Versorgungszentrum mit mehr als 35 Arztpraxen kontinuierlich aus.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Unternehmen und Ihr Vertrauen in die Thüringen-Kliniken. Wenn Sie mehr über unsere Arbeit erfahren möchten, besuchen Sie gerne unsere Website. Wir freuen uns darauf, Ihnen unsere Arbeit näher zu bringen.

Landrat Marko Wolfram
Vorsitzender des Aufsichtsrates der
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH

Dr. med. Thomas Krönert
Geschäftsführer der
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Katrin Fritsche
Position	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
Telefon	03671 / 54 - 3881
Fax	
E-Mail	kfritsche@thueringen-kliniken.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Sindy Maak
Position	Leiterin Qualitätsmanagement
Telefon	03671 / 54 - 1186
Fax	
E-Mail	smaak@thueringen-kliniken.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://www.thueringen-kliniken.de/start
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ https://www.thueringen-kliniken.de/praxen (Arztpraxen des MVZ der Thüringen-Kliniken)◦ https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/klinikaufenthalt (Informationen für Patienten und Besucher)◦ https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren (Zentren der Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH)◦ https://www.thueringen-kliniken.de/arztpraxen-an-den-thueringen-kliniken (externe Arztpraxen an den Thüringen-Kliniken)

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH
Institutionskennzeichen	261600188
Hausanschrift	Rainweg 68 07318 Saalfeld
Postanschrift	Rainweg 68 07318 Saalfeld
Telefon	03671 / 54 - 0
E-Mail	kontakt@thueringen-kliniken.de
Internet	https://www.thueringen-kliniken.de/start

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Herry Helfritzs	Leitender Chefarzt	03671 / 54 - 1300	03671 / 54 - 1299	hhelfritzs@thueringen-kliniken.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Sylvia Aschenberger	Pflegedirektorin	03671 / 54 - 1100	03671 / 54 - 1106	s.aschenberger@thueringen-kliniken.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Thomas Krönert	Geschäftsführer	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	tkroenert@thueringen-kliniken.de
Fischer Christian	Kaufmännischer Leiter und Prokurist	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	cfischer@thueringen-kliniken.de
Nicole Teichmann	Kaufmännische Leiterin und Prokuristin	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	nteichmann@thueringen-kliniken.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH, Standort Rudolstadt
Institutionskennzeichen	261600188
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772256000
alte Standortnummer	99
Hausanschrift	Hugo Trinckler Straße 2-4 07407 Rudolstadt
Postanschrift	Hugo Trinckler Straße 2-4 07407 Rudolstadt
Internet	https://www.thueringen-kliniken.de/start

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Herry Helfritzs	Leitender Chefarzt	03671 / 54 - 1300	03671 / 54 - 1299	hhelfritzs@thueringen-kliniken.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Sylvia Aschenberger	Pflegedirektorin	03671 / 54 - 1100	03671 / 54 - 1106	s.aschenberger@thueringen-kliniken.de
Nadine Pfeil	Bereichspflegedienstleitung	03672 / 456 - 4150	03672 / 456 - 4152	npfeil@thueringen-kliniken.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Thomas Krönert	Geschäftsführer	03671 / 54 - 3010	03671 / 35074	tkroenert@thueringen-kliniken.de
Nicole Teichmann	Kaufmännische Leiterin und Prokuristin	03671 / 54 - 1082	03671 / 35074	nteichmann@thueringen-kliniken.de
Christian Fischer	Kaufmännischer Leiter und Prokurist	03671 / 54 - 1040	03671 / 35074	cfischer@thueringen-kliniken.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Landkreis Saalfeld-Rudolstadt
Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ des Universitätsklinikums Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP01	Akupressur	Angebot am Standort Rudolstadt
MP02	Akupunktur	Angebot über die Hebammen im Leistungsbereich Geburtshilfe, Standort Saalfeld
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Angebot an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN)
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Zur Beratung und Vermittlung von Leistungen der Rehabilitation steht Ihnen unser Sozialdienst an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) zur Seite.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Ein interdisziplinäres Palliativkonzept für alle 3 Klinikstandorte (SLF, RU, PN) ist vorhanden.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Bewegungstherapie wird zentral an allen Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie angeboten. Sporttherapie gibt es ausschließlich am Standort Pößneck.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die Bobath-Therapie für Erwachsene wird zentral an allen Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie angeboten. Die Behandlung von Kindern erfolgt ausschließlich am Standort Saalfeld.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Komplettschulung nach Manifestation sowie Beratung / Schulung bei einem dekompensierten Diabetes (auch als Nebendiagnose) an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN). (https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ernaehrungsmanagement.html)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Angebot eines speziellen Ernährungsmanagements bei Fehl- und Mangelernährung bzw. Unverträglichkeiten an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) durch ausgebildetes Fachpersonal. (https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ernaehrungsmanagement.html)
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Interdisziplinäres Entlassungsmanagement entsprechend dem Expertenstandard durch den Ärztlichen Dienst, Pflege- und Sozialdienst/ Überleitmanagement (https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ueberleitmanagement.html)
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN)
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Das Angebot besteht am Standort Pößneck in der Hebammenpraxis durch freiberufliche Hebammen.
MP21	Kinästhetik	Das Pflegepersonal der Kliniken wurde umfassend in der Thematik Kinästhetik geschult. Das Konzept der Kinästhetik wird an allen Standorten (SLF, RU, PN) umgesetzt.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Der Expertenstandard Harnkontinenz wird an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) umgesetzt.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Im Zentrum für seelische Gesundheit am Standort Saalfeld ist eine klinische Kunst- und Gestaltungstherapeutin tätig, welche Kreativ- und Kunsttherapie für stationäre und ambulante Patienten anbietet.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP25	Massage	zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP26	Medizinische Fußpflege	Es besteht eine Zusammenarbeit / Kooperation mit ambulanten Fußpflegediensten / Podologen. Über die Stationsleitung kann diese Leistung angemeldet werden.
MP27	Musiktherapie	Angebot im Zentrum für Seelische Gesundheit am Standort Saalfeld
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Diese Leistungen können grundsätzlich in der Klinik für Dermatologie sowie in der Geburtshilfe am Standort Saalfeld angeboten werden.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Manualtherapie wird zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie angeboten.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	zentrales Angebot an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	zentrales Angebot an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Konsilanforderung über das Zentrum für Seelische Gesundheit für alle Standorte und Kliniken
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP37	Schmerztherapie/-management	Erfolgt über die Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN); der Expertenstandard Schmerztherapie wird umgesetzt

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Die aktuellen Angebote sind auf der Homepage der Thüringen-Kliniken ersichtlich.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Angebot der Funktionsabteilung Physiotherapie an den Standorten Saalfeld und Rudolstadt
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	Aktuelle Angebote entnehmen sie bitte diesem Link: https://www.thueringen-kliniken.de/medizin/kliniken-und-praxen/geburtshilfe-kreisssaal-und-wochenstation/einrichtungen-a-584.html
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Aktivierende, ganzheitliche Pflege unter Einbeziehung moderner Therapiekonzepte, wie z.B. die Umsetzung des Bobath-Konzeptes, die Durchführung geplanter Pflege im Rahmen des Krankenpflegeprozesses, die Betreuung in der Bereichspflege usw. an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN)
MP43	Stillberatung	Die Stillberatung erfolgt in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Saalfeld sowie in der Hebammenpraxis am Standort Pößneck durch speziell ausgebildetes Personal und freiberufliche Hebammen.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Angebot über externe Logopäden
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	zentral an allen 3 Klinikstandorten über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Wochenbettgymnastik wird in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Saalfeld nach der Entbindung durch Physiotherapeuten täglich durchgeführt. Zusätzlich werden Wochenbett- sowie Rückbildungsgymnastik in der Hebammenpraxis am Standort Pößneck durch freiberufliche Hebammen angeboten.
MP51	Wundmanagement	Es erfolgt die Umsetzung der entsprechenden Expertenstandards. Speziell ausgebildete Wundschwestern stehen allen Bereichen zentral über einen entsprechenden pflegerischen Konsildienst an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN) zur Verfügung.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Eine Kooperation mit Selbsthilfegruppen wird von folgenden Kliniken angeboten: - Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe -> Brustkrebszentrum; Klinik für Allgemein-, Viszeral- & Thoraxchirurgie -> Darmkrebszentrum; Klinik für Geriatrie. Der Sozialdienst vermittelt gern den entsprechenden Kontakt.
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthaschulung	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Neugeborenen-Hörscreening in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Saalfeld
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Zentrum für Seelische Gesundheit am Standort Saalfeld
MP57	Biofeedback-Therapie	Klinik für Geriatrie am Standort Rudolstadt
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Zentrum für Seelische Gesundheit und Klinik für Geriatrie (Standorte SLF, RU)
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	an den Standorten Saalfeld und Rudolstadt
MP61	Redressiotherapie	
MP62	Snoezelen	Über die Ergotherapie des Zentrums für seelische Gesundheit am Standort Saalfeld sowie in der Klinik für Geriatrie am Standort Rudolstadt
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst arbeitet an allen 3 Standorten eng mit internen & externen Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen zusammen, um eine optimale und reibungslose poststationäre Versorgung der Patienten zu ermöglichen. (https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ueberleitmanagement.html)
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es werden Patienteninformationsveranstaltungen für die Öffentlichkeit angeboten. Die aktuellen Termine und Angebote entnehmen Sie unserer Homepage. (https://www.thueringen-kliniken.de/wir-ueberuns/veranstaltungen.html)
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Eltern-Kind-Interaktionstraining
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	Durch die Physiotherapie am Klinikstandort Saalfeld.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Das zentrale Überleitmanagement aller 3 Standorte (SLF, RU, PN) arbeitet mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zusammen.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		Ein-Bett-Zimmer stehen auf allen Stationen zur Verfügung. Sie können vorab über das Sekretariat des entsprechenden Fachbereichs bzw. im Bereich Patientenmanagement oder am Tag der stationären Aufnahme angefragt werden.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Zimmer dieser Art stehen auf allen Stationen zur Verfügung. Sie können vorab über das Sekretariat des jeweiligen Fachbereichs bzw. im Patientenmanagement oder am Tag der stationären Aufnahme angefragt werden.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		Wird bei Bedarf eingerichtet.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Bitte besprechen Sie die Aufnahme einer Begleitperson mit der Patientenaufnahme.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		Stehen auf allen Stationen zur Verfügung.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Stehen auf allen Stationen zur Verfügung.
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Wir bieten Ihnen an allen 3 Klinikstandorten Saalfeld, Pößneck und Rudolstadt einen ehrenamtlichen Besuchsdienst, die Grünen Damen, an.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Bitte fragen Sie auf Station nach den Seelsorgern. Klinikseelsorger ist Pfarrer Christian Sparsbrod. Abendandachten finden jeden Donnerstag um 19.00 Uhr im Raum der Stille am Klinikstandort Saalfeld statt.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Unser Veranstaltungskalender listet aktuelle Tagungen, Patienteninformationsveranstaltungen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten unserer Kliniken auf. Die Termine finden Sie auf der Homepage.

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten, Unverträglichkeiten, Stoffwechselerkrankung . Diabetes . Purinarm . Lactosefrei . Glutenfrei . Kostform ohne Schweinefleisch Kostformen auf ärztliche Anordnung: . passierte Kost . Flüssigkost . gastroenterologische Kostform
NM68	Abschiedsraum		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Fernsehgerät, Rundfunkempfang und Telefon befinden sich am Bett und sind kostenfrei. Kopfhörer können bei Bedarf kostenpflichtig zur Verfügung gestellt werden. Tresor befindet sich im Patientenzimmer. Cafeteria und Friseur finden Sie im Eingangsbereich.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Andrea Brümmel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialarbeiter rBSA / Psychoonkologin
Telefon	03671 / 54 - 1834
Fax	54 / 03671 - 1034
E-Mail	abruemmel@thueringen-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	Bei Bedarf kann ein Dolmetscher in Landessprache angefordert werden.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Behindertenparkplätze sind in ausreichender Zahl vorhanden.
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	barrierefreie Anmeldeschalter
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	Stockwerkanzeige und Notruf-Sprechverbindung zur Rezeption
BF38	Kommunikationshilfen	Gebärdendolmetscher/-in kann bei Bedarf über den Sozialdienst angefordert werden
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	SRH-Hochschule für Gesundheit GmbH University of Applied Health Sciences
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Ausbildung von Famulanten und PJ-Studenten aus der Friedrich-Schiller-Universität Jena mit additiven Kursangeboten
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Friedrich Schiller Universität Jena, Zusammenarbeit im Rahmen des SATELIT- und THINK-Programms

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 3 Jahre
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Schulische Ausbildung; in den Thüringen-Kliniken können die Fachpraktika absolviert werden
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 3 Jahre
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Schulische Ausbildung; in den Thüringen-Kliniken können die Fachpraktika absolviert werden
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 1 Jahr
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 3 Jahre

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Ausbildung erfolgt im Rahmen des ausbildungsintegrierten dualen Studiums

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 182

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl 4043
Teilstationäre Fallzahl 222
Ambulante Fallzahl 932
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt) 26,89
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 25,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 1,06
Ambulante Versorgung 0,00
Stationäre Versorgung 26,89

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt) 12,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 11,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 0,08
Ambulante Versorgung 0,00
Stationäre Versorgung 12,07
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen 0

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	71,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	71,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	71,47

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	9,65	Tätigkeitsbereiche: Funktionsdiagnostik/ Endoskopie, Service- und Springerpool, Sozialdienst, Case-/Überleitungsmanagement
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,65	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	9,65	

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,48

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,48	Tätigkeitsbereich: Sozialdienst
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,48	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	18,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	18,08

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	2,56	Tätigkeitsbereich: Service- und Springerpool
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,56	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,56	

Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,92

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	12,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	12,46

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	1,01	Tätigkeitsbereich: Service- und Springerpool
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,01	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	1,01	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,92

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,56	Tätigkeitsbereich: Funktionsdiagnostik/ Endoskopie
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,56	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	

Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,56	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	0,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,94
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	11,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	11,19
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister (SP15)
Anzahl Vollkräfte	2,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,21
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	7,84
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,84
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,84
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	1,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,08
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)
Anzahl Vollkräfte	0,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,74
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	4,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,93
Kommentar/ Erläuterung	

Weitere Berufsgruppen im Pflegepersonal:

Zusätzlich sind Hilfskräfte ohne Ausbildung im Gesundheitswesen in Höhe von 1,25 VK sowie Altenpflegehelfer in Höhe von 0,75 VK in der Klinik tätig. Für diese Berufsgruppe gibt es keine Zuordnung bei der Berufsgruppenauswahl.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Sindy Maak
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin Qualitätsmanagement
Telefon	03671 54 1186
Fax	
E-Mail	smaak@thueringen-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Mitarbeiter des Qualitätsmanagements der Standorte
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Simone Erler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Risikomanagerin
Telefon	03671 54 1688
Fax	
E-Mail	serler@thueringen-kliniken.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsleitung, Unternehmenskommunikation, Rechtsabteilung, IT-Abteilung
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (insbesondere: Risikomanagementhandbuch der Thüringen-Kliniken, Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001:2015) 2023-10-16
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum Klinischen Notfallmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2024-04-24

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum Schmerzmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-12-20
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zur Sturzprophylaxe sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2021-03-01
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zur Dekubitusprophylaxe sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-02-06
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum geregelten Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2022-06-16
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum geregelten Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2022-05-19
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Erfassung in der OP-Checkliste 2024-08-20
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-03-13

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-01-24
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum postoperativen Behandlungsmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-03-07
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum Entlassungsmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-03-07

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? Ja

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? Ja

Tagungsfrequenz monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit u. a. persönliches Patientenarmband zur Identifikation, OP-Sicherheitschecklisten, Notfallversorgungskonzept incl. regelmäßige Mitarbeiterschulungen, Meldesystem f. kritische Ereignisse / Fehlermeldesystem (CIRS), Arzneimitteltherapiesicherheit incl. Medikamenten-Interaktionschecks, Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten im Vier-Augen-Prinzip, Digitalisierung der Dokumentation, Maßnahmen zur Vermeidung der Entstehung eines Dekubitus und zur Sturzvermeidung, Video- /Audiodolmetscher

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2022-05-17
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? Ja

Tagungsfrequenz monatlich

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer)

Nummer EF03	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)
-----------------------	--

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1	1 beratende Klinikhygienikerin
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	mit 40h Modul 1 mit Zertifikat
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	14	mit 40 h Ausbildung mit Zertifikat
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet		Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission		halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	CA Dr. med. Herry Helfritzs
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie
Telefon	03671 54 1300
Fax	03671 54 1299
E-Mail	hhelfritzs@thueringen-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfschutzhülle	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	ja

Standard Liegedauer ZVK

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	ja
--	----

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	20 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	104 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	teilweise

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS MRSA-KISS STATIONS-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	Teilnahme seit 2008
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	monatlich	Zertifizierung nach DIN EN ISO 13485:2016
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	halbjährlich	Eine Schulung erfolgt mindestens 2x jährlich nach Sitzung der Hygienekommission sowie bei Bedarf.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	ja	Wir nehmen Ihr Anliegen per E-Mail, Post, persönlich oder telefonisch entgegen.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Konzept und Verfahrensanweisungen sind im Dokumentenmanagement einsehbar
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Konzept und Verfahrensanweisungen sind im Dokumentenmanagement einsehbar
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Konzept und Verfahrensanweisungen sind im Dokumentenmanagement einsehbar
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Alle Anfragen behandeln wir vertrauensvoll und beantworten sie schnellstmöglich. Eine Rückmeldung erhalten Sie spätestens nach 10 Arbeitstagen.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja	Gern nehmen wir Ihr Anliegen per E-Mail, Post, persönlich oder telefonisch entgegen. Zusätzlich nimmt jedes Chefarztsekretariat Ihr Anliegen entgegen. https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja	Unsere Patientenfürsprecherinnen vertreten die Interessen der Patienten gegenüber dem Krankenhaus. Es stehen eine Patientenfürsprecherin für den somatischen Bereich und zwei für den psychiatrischen Bereich zur Verfügung. Diese sind telefonisch, per Mail, schriftlich oder persönlich erreichbar.
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	ja	Anonyme Äußerungen können jederzeit an das Beschwerdemanagement gerichtet werden. Die Patientenbefragung enthält Freitextfelder zur anonymen Meinungsäußerung. Die Homepage kann ebenfalls dazu genutzt werden. https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig

Patientenbefragungen	ja	Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich und seit 01/2023 über das Softwareunternehmen Netigate in digitaler Form. Der Zugriff ist mit Hilfe eines QR-Codes oder über die Homepage möglich. https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig
Einweiserbefragungen	ja	Für einzelne Bereiche.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Simone Erler	Risiko- und Beschwerdemanagement	03671 54 1688		serler@thueringen-kliniken.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Cornelia Hutschenreiter	Patientenfürsprecherin somatischer Bereich	03671 54 3422		patientenfuer-sprecher@thueringen-kliniken.de
Christina Georgi	Patientenfürsprecherin des Zentrums für Seelische Gesundheit - Aufnahmestation P I	0151 70561546		patientenfuer-sprecher@thueringen-kliniken.de
Ilona Gulden	Patientenfürsprecherin für das Zentrum für Seelische Gesundheit	0151 42676804		patientenfuer-sprecher@thueringen-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

ja – Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Anne Bartz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin der Krankenhausapotheke
Telefon	03671 54 1270
Fax	03671 2372
E-Mail	abartz@thueringen-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	7
Kommentar/ Erläuterung	

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.

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM (entsprechende Regelungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt; insbesondere VA_TK_Medikamentengabe (Verfahrensanweisung) & PS_TK_Medikamentengabe 10-R-Regel (Pflegestandard)) 2023-10-27	Erfassen der Erstmedikation als Aufnahme-medikation in OR-BIS Medication
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Verfahrensanweisungen zur Medikamentengabe, Sonderanforderungen nicht gelisteter Arzneimittel, zum Umgang mit Betäubungsmitteln, zur Anforderung und Zytostatikazubereitung; Pflegestandard zur Medikamentengabe 10-R-Regel 2023-08-03	weitere entsprechende Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Blutprodukten und Betäubungsmitteln, hausinterne Leitlinien zur Antibiotikatherapie, Einscannen des ambulanten Medikamentenplans usw.
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	siehe Punkt AS03 2023-10-27	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen 	Herstellungsprogramm Zenzy für Chemotherapie, Qualitätsmanagementsystem für die Herstellung in der Apotheke; Zubereitung von Chemotherapie, Ernährungslösungen und Schmerzlösungen in der Apotheke durch pharmazeutisches Personal

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System) 	Interaktionschecks über ORBIS bei ausgewählten Patienten durch Apotheker möglich, Anforderung von Arzneimitteln erfolgt elektronisch oder per Modulversorgung; elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (Orbis Medication seit 2022 im Einsatz)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtung-über-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) 	Pharmazeutische Betreuung ausgewählter Stationen → z.B. wöchentliche Überprüfung der Medikation auf der ITS SLF durch einen Apotheker mit Fallbesprechung (Kurvenvisite), Ausgabe von Methotrexat oral erfolgt ausgeeinzelt & patientenbezogen, CIRS-System vorhanden, Beratung zur Antibiotikatherapie
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung 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 	Aushändigung des Medikationsplans an die Patienten sowie über den Entlassbrief an den weiterbehandelnden Arzt; bei Bedarf Mitgabe von Arzneimitteln über das Wochenende bzw. an Feiertagen oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgroße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

Ja

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT) (X)		Ja	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)		Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X)		Ja	Beatmungsgeräte der Firma Dräger
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)		Ja	

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

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

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

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet.

Notfallstufe des Krankenhauses	Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe	Modul der speziellen Notfallversorgung
Stufe 1	Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung	SN05 - Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Klinik für Geriatrie

Einleitungstext

Die Klinik für Geriatrie ist auf die medizinisch-therapeutische Behandlung von Patienten im höheren Lebensalter spezialisiert. Sie verfügt über drei Stationen mit insgesamt 75 Betten, eine Tagesklinik mit 13 Plätzen und einen großen interdisziplinären Therapiebereich.

Durch altersbedingte Leistungsminderungen und Einschränkungen äußern sich Krankheiten im Alter nicht selten mit anderen Symptomen, die Heilungsprozesse dauern länger. Zudem liegen häufig mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig vor (sog. Multimorbidität). Vermehrt haben Erkrankungen psychische und soziale Ursachen und Folgen. Sie sind oft mit Einbußen der Bewegungsfähigkeit, aber auch der Sinneswahrnehmung verbunden. Es droht der Verlust der Selbständigkeit und Mobilität mit der Folge der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Das geriatrische Behandlungskonzept konzentriert sich auf die Behandlung der akut kranken Patienten und gleichzeitig auf Patienten mit akuter Verschlechterung von Erkrankungen sowie auf die Förderung der Funktionen und Fertigkeiten und auf die soziale Wiedereingliederung eines Menschen trotz fortdauernder Schädigungen oder Behinderungen.

Die Klinik für Geriatrie behandelt gemeinsam mit der Klinik für Innere Medizin komplexmedizinisch Palliativpatienten mit onkologischen Krankheitsbildern, aber auch Patienten mit weit fortgeschrittener Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz oder einer schweren COPD, der chronischen Lungenerkrankung. Die Palliativmedizin sieht ihre Aufgabe in der Linderung von Schmerzen oder anderer belastender Symptome körperlicher, sozialer und spiritueller Art. Ziel ist der Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der Lebensqualität bis zum Tod.

Nähere Informationen zu den Spezialisierungen der Klinik finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/geriatrie-rudolstadt>

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/innere-medizin-rudolstadt-rudolstadt/palliativmedizin-rudolstadt>

Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren>

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fach- Klinik für Geriatrie
abteilung

Fachabteilungsschlüssel 0200

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name MUDr. Viktor Ruzicka

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt

Telefon 03672 / 456 - 4401

Fax 03672 / 456 - 4403

E-Mail geriatrie@thueringen-kliniken.de

Strasse / Hausnummer Hugo-Trinckler-Str. 2-4

PLZ / Ort 07407 Rudolstadt

URL <https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/geriatrie-rudolstadt>

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	

Das geriatrische Behandlungskonzept konzentriert sich auf die Behandlung der akut kranken Patienten und gleichzeitig auf Patienten mit akuter Verschlechterung von Erkrankungen und auf die Förderung der Funktionen und Fertigkeiten sowie auf die soziale Wiedereingliederung eines Menschen trotz fortdauernder Schädigungen oder Behinderungen. Zum interdisziplinären Behandlungskonzept gehören weiterhin die nachfolgend aufgeführten Leistungsbereiche:

Physiotherapie

Förderung der Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit älterer Menschen, ergänzt durch Elektrotherapie, manuelle Lymphdrainage, Massagen usw.

Ergotherapie

Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbsthilfe, Hirnleistungstraining und bei Bedarf Gebrauchsschulung von Hilfsmitteln, Stärkung des Selbstvertrauens

Sozialdienst

Beratung über ambulante und stationäre Betreuungsmöglichkeiten, Angehörigenberatung, Unterstützung bei der Antragstellung für Leistungen der Pflegeversicherung

(Neuro-)Psychologie

Diagnostik und Therapie von Gedächtnis-, Wahrnehmungs-, Sprach- und Verhaltensstörungen, Behandlung psychischer Erkrankungen, Demenzabklärung

Logopädie

Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen

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

Vollstationäre Fallzahl	969
Teilstationäre Fallzahl	222

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S72.10	69	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet
S72.01	55	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I50.01	49	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
R26.8	47	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität
M16.1	32	Sonstige primäre Koxarthrose
R26.3	22	Immobilität
R29.6	22	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert
M17.1	20	Sonstige primäre Gonarthrose
E86	18	Volumenmangel
S32.5	18	Fraktur des Os pubis
I63.3	17	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
M48.06	14	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich
S72.3	14	Fraktur des Femurschaftes
I63.4	12	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
S32.1	10	Fraktur des Os sacrum
S72.11	10	Femurfraktur: Intertrochantär
E11.75	9	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
I70.25	9	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
S72.2	9	Subtrochantäre Fraktur
I21.4	8	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
M80.98	8	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
N39.0	8	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
A46	7	Erysipel [Wundrose]
E87.1	7	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
S32.01	7	Fraktur eines Lendenwirbels: L1
J12.8	6	Pneumonie durch sonstige Viren
J18.1	6	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
N17.93	6	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3
S72.00	6	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet
A49.8	5	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation
C18.2	5	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.7	5	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
E11.61	5	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.74	5	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
J18.0	5	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J44.19	5	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
K80.31	5	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion
M54.4	5	Lumboischialgie
N30.0	5	Akute Zystitis
R55	5	Synkope und Kollaps
S06.6	5	Traumatische subarachnoidale Blutung
S72.04	5	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal
T84.04	5	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk
B99	4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
I26.9	4	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
I63.0	4	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
I63.5	4	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I83.2	4	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
J18.2	4	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
K43.3	4	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän
K56.5	4	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M80.88	4	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
S32.03	4	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
S72.03	4	Schenkelhalsfraktur: Subkapital
C18.3	< 4	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
G30.8	< 4	Sonstige Alzheimer-Krankheit
I35.0	< 4	Aortenklappenstenose
I50.14	< 4	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
J18.9	< 4	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
K52.9	< 4	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet
M16.7	< 4	Sonstige sekundäre Koxarthrose
M84.15	< 4	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M87.05	< 4	Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
S22.06	< 4	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12
S22.44	< 4	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen
S30.0	< 4	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens
S72.43	< 4	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär
T84.14	< 4	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel
T84.5	< 4	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
A09.9	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs
A41.9	< 4	Sepsis, nicht näher bezeichnet
A49.0	< 4	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
C56	< 4	Bösartige Neubildung des Ovars
D01.0	< 4	Carcinoma in situ: Kolon
E11.01	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
F22.8	< 4	Sonstige anhaltende wahnhaftige Störungen
G20.10	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
I11.01	< 4	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I25.13	< 4	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
I33.0	< 4	Akute und subakute infektiöse Endokarditis
I35.2	< 4	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I48.2	< 4	Vorhofflimmern, permanent
I70.22	< 4	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
I70.24	< 4	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I87.21	< 4	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration
J14	< 4	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
J20.8	< 4	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
J44.00	< 4	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes
K26.0	< 4	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung
K52.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
K55.0	< 4	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes
K56.7	< 4	Ileus, nicht näher bezeichnet
K57.22	< 4	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K63.1	< 4	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K74.6	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
K83.09	< 4	Cholangitis, nicht näher bezeichnet
K92.1	< 4	Meläna
M17.5	< 4	Sonstige sekundäre Gonarthrose
M46.46	< 4	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M51.1	< 4	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
M80.08	< 4	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
N28.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Niere und des Ureters
S32.02	< 4	Fraktur eines Lendenwirbels: L2
S32.04	< 4	Fraktur eines Lendenwirbels: L4
S32.3	< 4	Fraktur des Os ilium
S42.3	< 4	Fraktur des Humerusschaftes
S70.1	< 4	Prellung des Oberschenkels
S72.40	< 4	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet
S82.0	< 4	Fraktur der Patella
S82.18	< 4	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige
S82.81	< 4	Bimalleolarfraktur
T84.8	< 4	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
A04.5	< 4	Enteritis durch Campylobacter
A04.70	< 4	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen
A08.3	< 4	Enteritis durch sonstige Viren
A41.51	< 4	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
A49.1	< 4	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bestimmter Lokalisation
B02.2	< 4	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems
B02.7	< 4	Zoster generalisatus
B09	< 4	Nicht näher bezeichnete Virusinfektion, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet ist
B48.5	< 4	Pneumozystose
C18.0	< 4	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.4	< 4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.5	< 4	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
C20	< 4	Bösartige Neubildung des Rektums
C24.0	< 4	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C25.2	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
C34.1	< 4	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C47.0	< 4	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C54.1	< 4	Bösartige Neubildung: Endometrium
C61	< 4	Bösartige Neubildung der Prostata
C67.4	< 4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand
C67.9	< 4	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
C71.0	< 4	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
C78.2	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C79.5	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C93.10	< 4	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
D12.5	< 4	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum
D43.2	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, nicht näher bezeichnet
D46.7	< 4	Sonstige myelodysplastische Syndrome
D70.12	< 4	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr
E11.81	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E87.5	< 4	Hyperkaliämie

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F01.2	< 4	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	< 4	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F03	< 4	Nicht näher bezeichnete Demenz
F05.1	< 4	Delir bei Demenz
F05.8	< 4	Sonstige Formen des Delirs
F05.9	< 4	Delir, nicht näher bezeichnet
F10.6	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F32.2	< 4	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	< 4	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.9	< 4	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
G20.20	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G21.9	< 4	Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
G25.0	< 4	Essentieller Tremor
G31.0	< 4	Umschriebene Hirnatrophie
G35.10	< 4	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.20	< 4	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G40.2	< 4	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.8	< 4	Sonstige Epilepsien
G41.1	< 4	Petit-Mal-Status
G41.8	< 4	Sonstiger Status epilepticus
G82.03	< 4	Schlaaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G91.29	< 4	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet
I10.01	< 4	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91	< 4	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I20.9	< 4	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet
I21.0	< 4	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I26.0	< 4	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
I35.1	< 4	Aortenklappeninsuffizienz
I36.1	< 4	Nichtreumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I42.0	< 4	Dilatative Kardiomyopathie
I45.3	< 4	Trifaszikulärer Block
I47.9	< 4	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet
I48.3	< 4	Vorhofflattern, typisch
I50.13	< 4	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
I50.19	< 4	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet
I50.9	< 4	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I60.7	< 4	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend
I61.3	< 4	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
I67.3	< 4	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie
I71.01	< 4	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.1	< 4	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert
I80.28	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
I83.0	< 4	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
I89.01	< 4	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II
I95.1	< 4	Orthostatische Hypotonie
J02.8	< 4	Akute Pharyngitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J10.0	< 4	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J12.1	< 4	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
J12.3	< 4	Pneumonie durch humanes Metapneumovirus
J13	< 4	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
J15.0	< 4	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
J15.5	< 4	Pneumonie durch Escherichia coli
J18.8	< 4	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J20.9	< 4	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet
J44.01	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes
J44.02	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes
J44.09	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.10	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes
J44.12	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes
J86.9	< 4	Pyothorax ohne Fistel
K25.1	< 4	Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation
K25.2	< 4	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung und Perforation
K26.7	< 4	Ulcus duodeni: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K28.9	< 4	Ulcus pepticum jejuni: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
K29.1	< 4	Sonstige akute Gastritis
K35.31	< 4	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur
K40.41	< 4	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän: Rezidivhernie
K43.68	< 4	Sonstige Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän
K56.0	< 4	Paralytischer Ileus
K56.2	< 4	Volvulus
K56.6	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion
K57.03	< 4	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.31	< 4	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.32	< 4	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K60.4	< 4	Rektalfistel
K62.51	< 4	Hämorrhagie des Rektums
K62.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums
K63.2	< 4	Darmfistel
K64.1	< 4	Hämorrhoiden 2. Grades
K71.6	< 4	Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert
K80.00	< 4	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.10	< 4	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K81.0	< 4	Akute Cholezystitis
K85.10	< 4	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.80	< 4	Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.90	< 4	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation
L02.2	< 4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf
L03.11	< 4	Phlegmone an der unteren Extremität
L89.34	< 4	Dekubitus, Stadium 4: Kreuzbein
L97	< 4	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
M00.06	< 4	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M00.85	< 4	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M00.86	< 4	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M15.8	< 4	Sonstige Polyarthrose
M16.0	< 4	Primäre Koxarthrose, beidseitig
M16.5	< 4	Sonstige posttraumatische Koxarthrose
M16.9	< 4	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
M17.9	< 4	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
M19.11	< 4	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M19.91	< 4	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M24.41	< 4	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M34.1	< 4	CR(E)ST-Syndrom
M46.45	< 4	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich
M48.02	< 4	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich
M48.04	< 4	Spinal(kanal)stenose: Thorakalbereich
M48.05	< 4	Spinal(kanal)stenose: Thorakolumbalbereich
M48.48	< 4	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M51.2	< 4	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung
M53.1	< 4	Zervikobrachial-Syndrom
M62.50	< 4	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen
M79.65	< 4	Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.58	< 4	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.85	< 4	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.95	< 4	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M84.18	< 4	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M84.38	< 4	Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M84.48	< 4	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M87.95	< 4	Knochennekrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M89.58	< 4	Osteolyse: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M89.85	< 4	Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
N10	< 4	Akute tubulointerstitielle Nephritis
N17.92	< 4	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2
N18.5	< 4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
N32.0	< 4	Blasenhalsobstruktion
R31	< 4	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
R40.0	< 4	Somnolenz
R40.1	< 4	Sopor
R41.0	< 4	Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet
R42	< 4	Schwindel und Taumel
R47.0	< 4	Dysphasie und Aphasie

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
R50.88	< 4	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber
S02.1	< 4	Schädelbasisfraktur
S06.0	< 4	Gehirnerschütterung
S06.5	< 4	Traumatische subdurale Blutung
S12.1	< 4	Fraktur des 2. Halswirbels
S12.23	< 4	Fraktur des 5. Halswirbels
S22.03	< 4	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6
S22.05	< 4	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10
S22.20	< 4	Fraktur des Sternums: Nicht näher bezeichnet
S22.22	< 4	Fraktur des Sternums: Corpus sterni
S32.4	< 4	Fraktur des Acetabulums
S32.7	< 4	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S32.81	< 4	Fraktur: Os ischium
S40.0	< 4	Prellung der Schulter und des Oberarmes
S42.21	< 4	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf
S42.22	< 4	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum
S42.29	< 4	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile
S46.0	< 4	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette
S52.59	< 4	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile
S53.11	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach vorne
S70.0	< 4	Prellung der Hüfte
S72.05	< 4	Schenkelhalsfraktur: Basis
S72.08	< 4	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile
S72.41	< 4	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)
S72.9	< 4	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet
S76.1	< 4	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris
S80.0	< 4	Prellung des Knies
S80.86	< 4	Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Subkutanes (geschlossenes) Décollement
S82.28	< 4	Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige
S83.14	< 4	Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach lateral
T82.7	< 4	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
T82.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
T84.20	< 4	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an sonstigen Knochen: Wirbelsäule
T84.28	< 4	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen
T85.78	< 4	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-98a.11	2701	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie
8-550.1	860	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
9-401.22	399	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.23	393	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
1-901.0	188	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-401.00	158	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-984.7	144	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9-984.b	131	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
9-320	115	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
9-984.8	112	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
1-632.0	94	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs
8-550.0	85	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
9-401.30	79	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.25	63	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
9-500.0	58	Patientenschulung: Basisschulung
1-440.a	57	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt
1-771	35	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)
9-984.9	28	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
1-650.1	27	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-710	27	Ganzkörperplethysmographie
8-390.x	27	Lagerungsbehandlung: Sonstige
8-98g.11	26	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage
8-191.5	25	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband
8-550.2	24	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten
9-401.01	21	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-984.6	21	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
8-900	12	Intravenöse Anästhesie
1-440.9	11	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
8-800.c0	10	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
8-98g.10	9	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage
8-98g.12	9	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage
3-052	8	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
8-854.2	8	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-152.1	7	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle
1-207.0	6	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)
9-401.31	6	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
1-204.2	5	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
1-444.6	5	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie
1-651	4	Diagnostische Sigmoidoskopie
3-035	4	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-500	4	Tamponade einer Nasenblutung
1-444.7	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien
1-640	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
1-650.2	< 4	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-712	< 4	Spiroergometrie
5-377.1	< 4	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem
5-900.04	< 4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf
5-934.0	< 4	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher
8-133.0	< 4	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel
8-831.00	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd
9-401.26	< 4	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 6 Stunden
9-404.0	< 4	Neuropsychologische Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-984.a	< 4	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
1-650.0	< 4	Diagnostische Koloskopie: Partiiell
5-449.d3	< 4	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch
5-449.e3	< 4	Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch
5-513.h0	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 1 Prothese
5-572.1	< 4	Zystostomie: Perkutan
5-916.a0	< 4	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut
8-100.8	< 4	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastrroduodenoskopie
8-192.1g	< 4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß
8-831.0	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen
8-987.12	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-98a.10	< 4	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie
9-401.10	< 4	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
1-275.0	< 4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
1-430.10	< 4	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zungenbiopsie
1-442.0	< 4	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber
1-490.x	< 4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Sonstige
1-620.01	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage
1-630.0	< 4	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument
1-632.1	< 4	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum
1-661	< 4	Diagnostische Urethrozystoskopie
1-770	< 4	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment
1-773	< 4	Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment
1-843	< 4	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
1-844	< 4	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
1-854.7	< 4	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk
1-992.2	< 4	Durchführung von Genexpressionsanalysen in soliden bösartigen Neubildungen: Analyse von 3 bis 12 Zielstrukturen
3-030	< 4	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-056	< 4	Endosonographie des Pankreas
5-429.8	< 4	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung
5-469.e3	< 4	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch
5-513.1	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)
5-513.21	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter
5-513.f0	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 1 Prothese
5-79b.hg	< 4	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Hüftgelenk
5-850.d7	< 4	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß
5-856.08	< 4	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Oberschenkel und Knie
5-892.05	< 4	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Hals
5-892.09	< 4	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Hand
5-896.1d	< 4	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß
5-995	< 4	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)
6-006.9	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Tafamidis, oral
6-007.63	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral: 1.920 mg bis unter 2.400 mg
8-121	< 4	Darmspülung
8-137.10	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral
8-137.11	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Perkutan-transrenal
8-138.0	< 4	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation
8-153	< 4	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
8-158.h	< 4	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk
8-190.20	< 4	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage
8-190.21	< 4	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage
8-190.42	< 4	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): 15 bis 21 Tage
8-192.0f	< 4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Unterschenkel
8-192.0g	< 4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Fuß
8-192.1c	< 4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Leisten- und Genitalregion
8-192.1d	< 4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Gesäß
8-201.0	< 4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humero-glenoidgelenk
8-640.0	< 4	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)
8-713.0	< 4	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]
8-812.50	< 4	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-83d.9	< 4	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie
8-914.12	< 4	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule
8-980.0	< 4	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.10	< 4	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte
8-987.10	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage
8-987.11	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-98g.13	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage
8-98g.14	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage
9-401.02	< 4	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 4 Stunden
9-500.1	< 4	Patientenschulung: Grundlegende Patientenschulung

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	8,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,48
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	8,26
Fälle je VK/Person	117,31234

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	4,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,13
Fälle je VK/Person	234,62469
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ23	Innere Medizin	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	19,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	19,54
Fälle je VK/Person	49,59058

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	7,95
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,95
Fälle je VK/Person	121,88679

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	5,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,59
Fälle je VK/Person	173,34525

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,36
Fälle je VK/Person	2691,66666

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP07	Geriatric	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP20	Palliative Care	

Ärztliche Ausbildung / Weiterbildungsermächtigungen:

Chefarzt MUDr. Viktor Ruzicka: Palliativmedizin für 6 Monate (absolvierbar in 12 Monaten)

Leitende Oberärztin Gesine Hoffmann: Geriatrie (18 Monate)

Weitere Zusatzqualifikationen im pflegerischen Bereich:

Care Go Coach, Demenz Coach

B-[2].1 Klinik für Innere Medizin

Einleitungstext

Die Klinik für Innere Medizin am Standort Rudolstadt verfügt über ein sehr breites Spektrum von diagnostischen und therapeutischen Verfahren und ist damit in der glücklichen Lage, alle Erkrankungen auf ihrem Fachgebiet erfolgreich zu behandeln. Zu den Behandlungsschwerpunkten zählen die internistische Intensivmedizin, das zertifizierte Schlaganfallzentrum sowie eine zertifizierte Spezialstation für die Behandlung von Komplikationen im Rahmen von Diabetes mellitus, die Diagnostik und Therapie von neu aufgetretenen Zuckerkrankheiten, einschließlich der Insulin- pumpen-therapie.

Die Klinik besitzt 92 Betten, wovon eine Station mit sieben Betten allein der Internistischen Intensivmedizin zugeordnet ist. An eine speziell geschaffene Aufnahmestation bindet sich eine 24-Stunden-Notfallambulanz zur Behandlung aller internistischer Notfälle.

Die mit modernsten Geräten ausgestattete Funktionsabteilung enthält eine Endoskopieabteilung (Magen-Darm- und Lungenspiegelungen), Ultraschallgeräte für alle Körperregionen sowie spezielle Technik zur Herz- und Lungenfunktionsdiagnostik. Außerdem verfügen wir über umfangreiche Möglichkeiten zur interventionellen Endoskopie (Polypenabtragungen, Stillung von Magen-Darm-Blutungen, Behandlung von Gallengangserkrankungen auf endoskopischem Gebiet, so genannte ERCP).

Die im Krankenhaus untergebrachte Klinik für Radiologie ermöglicht neben den konventionellen Röntgen-Aufnahmen auch Untersuchungen mit einem modernen Computertomographen (CT) und einem MRT.

Die Klinik für Innere Medizin behandelt gemeinsam mit der Klinik für Geriatrie komplexmedizinisch Palliativpatienten mit onkologischen Krankheitsbildern, aber auch Patienten mit weit fortgeschrittener Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz oder einer schweren COPD, der chronischen Lungenerkrankung. Die Palliativmedizin sieht ihre Aufgabe in der Linderung von Schmerzen oder anderer belastender Symptome körperlicher, sozialer und spiritueller Art. Ziel ist der Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der Lebensqualität bis zum Tod.

Zertifizierungen:

Diabeteszentrum der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Zertifizierung zur telemedizinisch vernetzten Stroke Unit

Nähere Informationen zu den Spezialisierungen der Klinik finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/innere-medizin-rudolstadt-rudolstadt>

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/stroke-unit-rudolstadt>

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/innere-medizin-rudolstadt-rudolstadt/palliativmedizin-rudolstadt>

Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren>

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fach- Klinik für Innere Medizin
abteilung

Fachabteilungsschlüssel 0100

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Frank Huck

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt

Telefon 03672 / 456 - 4201

Fax 03672 / 456 - 4202

E-Mail innere_ru@thueringen-kliniken.de

Strasse / Hausnummer Hugo-Trinckler-Str. 2-4

PLZ / Ort 07407 Rudolstadt

URL <https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/innere-medizin-rudolstadt-rudolstadt>

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Koronare Herzkrankheit (Durchblutungsstörungen) einschließlich Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Herz-Kreislaufferkrankungen, angeborene und erworbene Herzklappenfehler, Entzündungen des Herzens, Herzrhythmusstörungen
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriole und Kapillaren	Diagnostik und Therapie von arteriellen und venösen Gefäßkrankheiten (z. B. Schauensterkrankheit, Venenthrombosen u. a.) in enger Zusammenarbeit mit der Gefäßchirurgischen Klinik
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Schlaganfallzentrum - Stroke Unit: Intensivtherapie und Spezialstation zur Diagnostik und Therapie des Schlaganfalles (einschließlich Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Neuropsychologie, Sozialdienst)
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	zertifizierte Spezialstation für Komplikationen im Rahmen von Diabetes mellitus-Erkrankungen, Diagnostik und Therapie von neu aufgetretenen Zuckerkrankheiten, Insulinpumpentherapie, Diabetikerschulungen, DMP-Programme, Diabetisches Fußsyndrom in Zusammenarbeit mit der Klinik für Gefäßchirurgie
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Refluxkrankheit, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, Blutungen im oberen und unteren Magen-Darm-Trakt, Entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa), spezielle Verfahren zur Erkennung und Behandlung von Tumoren im Frühstadium (Magen- und Dickdarntumore)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Behandlung von Gallenblasen- und Gallengangserkrankungen auf endoskopischem Gebiet (ERCP), Lebererkrankungen und Bauchspeicheldrüsenentzündungen. Spezielle Verfahren zur Erkennung und Behandlung von Tumoren im Frühstadium (z.B. Bauchspeicheldrüsentumore etc.)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	kleines Schlaflabor
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	Breites Spektrum internistischer Notfallkrankungen mit mehreren Beatmungsplätzen.

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

Vollstationäre Fallzahl	3074
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I50.01	194	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I63.3	182	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
E86	163	Volumenmangel
N39.0	78	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
G45.82	72	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
I10.91	69	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I63.4	61	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
R55	60	Synkope und Kollaps
G45.83	39	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
K29.1	38	Sonstige akute Gastritis
E11.61	35	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
I63.5	35	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I50.14	34	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
G40.2	32	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
J44.00	32	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes
H81.1	31	Benigner paroxysmaler Schwindel
J20.9	31	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet
J44.10	31	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes
E11.91	30	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
J12.8	30	Pneumonie durch sonstige Viren
J18.0	30	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
I48.0	29	Vorhofflimmern, paroxysmal
F10.0	27	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
A46	24	Erysipel [Wundrose]
I50.13	23	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
J18.1	23	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
J69.0	23	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
E87.1	22	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
H81.2	22	Neuropathia vestibularis

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I63.0	22	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
J22	22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
R42	22	Schwindel und Taumel
K52.9	19	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet
K70.3	18	Alkoholische Leberzirrhose
A09.0	17	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs
E11.73	17	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
I26.9	17	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
N17.93	17	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3
J20.8	16	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
R63.4	16	Abnorme Gewichtsabnahme
A08.0	15	Enteritis durch Rotaviren
I10.01	15	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
A09.9	14	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs
E11.11	14	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
J44.11	14	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes
K85.20	14	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K80.51	13	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
I95.1	12	Orthostatische Hypotonie
J18.9	12	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
R56.8	12	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
B99	11	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
G45.92	11	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.99	11	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
J44.09	11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.12	11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes
J44.19	11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
R29.6	11	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert
R50.9	11	Fieber, nicht näher bezeichnet
G51.0	10	Fazialisparese
I49.5	10	Sick-Sinus-Syndrom
K52.8	10	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
K80.31	10	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion
A08.1	9	Akute Gastroenteritis durch Norovirus
F05.1	9	Delir bei Demenz
G40.3	9	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
I61.0	9	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal
K29.0	9	Akute hämorrhagische Gastritis
A08.3	8	Enteritis durch sonstige Viren
A08.4	8	Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet
A41.9	8	Sepsis, nicht näher bezeichnet
A49.1	8	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
A49.8	8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation
B34.9	8	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet
G40.1	8	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G40.5	8	Spezielle epileptische Syndrome
G43.1	8	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]
G45.12	8	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
K74.6	8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
A04.70	7	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen
D50.0	7	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
I21.4	7	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I48.2	7	Vorhofflimmern, permanent
I95.2	7	Hypotonie durch Arzneimittel
K62.51	7	Hämorrhagie des Rektums
K92.2	7	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
C34.1	6	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C34.8	6	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
D50.8	6	Sonstige Eisenmangelanämien
D50.9	6	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet
E10.61	6	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.41	6	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
G40.9	6	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G45.42	6	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
I48.1	6	Vorhofflimmern, persistierend
K26.0	6	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung
K57.31	6	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
N10	6	Akute tubulointerstitielle Nephritis
R06.0	6	Dyspnoe
R07.3	6	Sonstige Brustschmerzen
R20.2	6	Parästhesie der Haut
R26.8	6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität
A04.5	5	Enteritis durch Campylobacter
A41.51	5	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
C25.0	5	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C34.3	5	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C61	5	Bösartige Neubildung der Prostata
C79.3	5	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
F05.8	5	Sonstige Formen des Delirs
G41.2	5	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen
G45.89	5	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
I11.91	5	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I20.8	5	Sonstige Formen der Angina pectoris
I44.2	5	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
I48.3	5	Vorhofflattern, typisch
I48.9	5	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
I62.00	5	Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut
J15.8	5	Sonstige bakterielle Pneumonie
J18.8	5	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
K25.3	5	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation
K29.5	5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet
K59.09	5	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation
M35.3	5	Polymyalgia rheumatica

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
R00.0	5	Tachykardie, nicht näher bezeichnet
R11	5	Übelkeit und Erbrechen
R50.88	5	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber
R51	5	Kopfschmerz
S06.5	5	Traumatische subdurale Blutung
A41.0	4	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A49.0	4	Staphylokokkeninfektion nicht näher bestimmter Lokalisation
C22.0	4	Leberzellkarzinom
C34.0	4	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C67.8	4	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend
D64.8	4	Sonstige näher bezeichnete Anämien
G04.9	4	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
G40.4	4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
H81.0	4	Ménière-Krankheit
I20.0	4	Instabile Angina pectoris
I26.0	4	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
I42.0	4	Dilatative Kardiomyopathie
I49.8	4	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien
I50.12	4	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I61.5	4	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
I63.9	4	Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet
I80.28	4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
J15.9	4	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.2	4	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J44.80	4	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes
J98.8	4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege
K22.81	4	Ösophagusblutung
K25.0	4	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung
K52.1	4	Toxische Gastroenteritis und Kolitis
K57.30	4	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.32	4	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K58.1	4	Reizdarmsyndrom, Diarrhoe-prädominant [RDS-D]
K83.1	4	Verschluss des Gallenganges
K92.0	4	Hämatemesis
T78.3	4	Angioneurotisches Ödem
A41.58	< 4	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger
A49.9	< 4	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet
C56	< 4	Bösartige Neubildung des Ovars
C90.00	< 4	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
D37.4	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Kolon
D43.2	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, nicht näher bezeichnet
D46.5	< 4	Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie
F10.3	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
G20.11	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.90	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G45.13	< 4	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G58.0	< 4	Interkostalneuropathie
H81.9	< 4	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet
I11.01	< 4	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I61.3	< 4	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I61.6	< 4	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen
I63.2	< 4	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien
I63.8	< 4	Sonstiger Hirninfrakt
I65.2	< 4	Verschluss und Stenose der A. carotis
I80.20	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen
I89.08	< 4	Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert
J06.9	< 4	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet
J44.01	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes
J44.02	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und <70 % des Sollwertes
J84.11	< 4	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose: Mit Angabe einer akuten Exazerbation
J93.1	< 4	Sonstiger Spontanpneumothorax
J96.01	< 4	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
K21.0	< 4	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis
K29.6	< 4	Sonstige Gastritis
K31.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums
K44.9	< 4	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K55.0	< 4	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes
K59.02	< 4	Medikamentös induzierte Obstipation
K70.1	< 4	Alkoholische Hepatitis
K85.10	< 4	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K92.1	< 4	Meläna
R00.1	< 4	Bradykardie, nicht näher bezeichnet
R10.1	< 4	Schmerzen im Bereich des Oberbauches
R20.1	< 4	Hypästhesie der Haut
R40.0	< 4	Somnolenz
R40.2	< 4	Koma, nicht näher bezeichnet
R41.0	< 4	Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet
R47.1	< 4	Dysarthrie und Anarthrie
S06.0	< 4	Gehirnerschütterung
A41.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A48.1	< 4	Legionellose mit Pneumonie
B00.4	< 4	Enzephalitis durch Herpesviren
B02.2	< 4	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems
B02.9	< 4	Zoster ohne Komplikation
B34.2	< 4	Infektion durch Coronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation
B37.0	< 4	Candida-Stomatitis
B37.88	< 4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen
C18.0	< 4	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.4	< 4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C24.0	< 4	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C25.8	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
C38.4	< 4	Bösartige Neubildung: Pleura
C50.1	< 4	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.4	< 4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C64	< 4	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C79.5	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C83.3	< 4	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
D43.0	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, supratentoriell
D46.9	< 4	Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet
D62	< 4	Akute Blutungsanämie

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
E10.11	< 4	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E11.75	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E87.5	< 4	Hyperkaliämie
F05.0	< 4	Delir ohne Demenz
F10.4	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F44.5	< 4	Dissoziative Krampfanfälle
F45.41	< 4	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
G12.2	< 4	Motoneuron-Krankheit
G20.21	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G45.93	< 4	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G50.0	< 4	Trigeminusneuralgie
G62.9	< 4	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
H49.2	< 4	Lähmung des N. abducens [VI. Hirnnerv]
I21.0	< 4	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I33.0	< 4	Akute und subakute infektiöse Endokarditis
I35.0	< 4	Aortenklappenstenose
I47.2	< 4	Ventrikuläre Tachykardie
I48.4	< 4	Vorhofflattern, atypisch
I60.7	< 4	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend
I61.2	< 4	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
I61.4	< 4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn
I63.1	< 4	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien
I80.0	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten
I83.1	< 4	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung
J04.0	< 4	Akute Laryngitis
J10.0	< 4	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J13	< 4	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
J44.13	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes
J44.82	< 4	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes
J90	< 4	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
K20.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Ösophagitis
K29.8	< 4	Duodenitis
K30	< 4	Funktionelle Dyspepsie
K51.0	< 4	Ulzeröse (chronische) Pankolitis
K56.7	< 4	Ileus, nicht näher bezeichnet
K58.8	< 4	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Reizdarmsyndrom
K62.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums
K64.0	< 4	Hämorrhoiden 1. Grades
K76.0	< 4	Fettleber [fettige Degeneration], anderenorts nicht klassifiziert
K80.10	< 4	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.50	< 4	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K81.0	< 4	Akute Cholezystitis
K85.21	< 4	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K86.83	< 4	Exokrine Pankreasinsuffizienz
M06.90	< 4	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M16.9	< 4	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M25.46	< 4	Gelenkerguss: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M51.1	< 4	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
M54.2	< 4	Zervikalneuralgie
M80.98	< 4	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
N18.4	< 4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N20.0	< 4	Nierenstein
R04.0	< 4	Epistaxis
R04.2	< 4	Hämoptoe
R07.4	< 4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet
R10.4	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen
R13.9	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
R20.8	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut
R53	< 4	Unwohlsein und Ermüdung
S22.32	< 4	Fraktur einer sonstigen Rippe
S72.01	< 4	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
S72.10	< 4	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet
A03.8	< 4	Sonstige Shigellosen
A04.0	< 4	Darminfektion durch enteropathogene Escherichia coli
A04.79	< 4	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet
A07.9	< 4	Darmkrankheit durch Protozoen, nicht näher bezeichnet
A32.1	< 4	Meningitis und Meningoenzephalitis durch Listerien
A40.1	< 4	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2	< 4	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken
A40.8	< 4	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A69.2	< 4	Lyme-Krankheit
A86	< 4	Virusenzephalitis, nicht näher bezeichnet
B02.3	< 4	Zoster ophthalmicus
B17.2	< 4	Akute Virushepatitis E
B37.81	< 4	Candida-Ösophagitis
B48.5	< 4	Pneumozystose
B80	< 4	Enterobiasis
C06.9	< 4	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet
C10.9	< 4	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet
C15.5	< 4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C16.3	< 4	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C17.0	< 4	Bösartige Neubildung: Duodenum
C18.2	< 4	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.6	< 4	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C18.8	< 4	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C20	< 4	Bösartige Neubildung des Rektums
C22.1	< 4	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C22.9	< 4	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet
C25.1	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C25.9	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
C34.9	< 4	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C44.6	< 4	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C50.8	< 4	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.1	< 4	Bösartige Neubildung: Endometrium
C65	< 4	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C67.9	< 4	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
C69.6	< 4	Bösartige Neubildung: Orbita
C71.1	< 4	Bösartige Neubildung: Frontallappen
C71.9	< 4	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C76.8	< 4	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C77.4	< 4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
C78.6	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C80.0	< 4	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
C82.4	< 4	Follikuläres Lymphom Grad IIb
C83.0	< 4	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom
C91.00	< 4	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.00	< 4	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.00	< 4	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
D00.2	< 4	Carcinoma in situ: Magen
D18.03	< 4	Hämangiom: Hepatobiliäres System und Pankreas
D37.5	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Rektum
D37.6	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Leber, Gallenblase und Gallengänge
D37.70	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Pankreas
D41.0	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Niere
D47.9	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
D48.7	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Sonstige näher bezeichnete Lokalisationen
D51.0	< 4	Vitamin-B12-Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic-Faktor
D52.8	< 4	Sonstige Folsäure-Mangelanämien
D53.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete alimentäre Anämien
D59.9	< 4	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet
D69.58	< 4	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.61	< 4	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D70.19	< 4	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet
D72.1	< 4	Eosinophilie
E03.3	< 4	Postinfektiöse Hypothyreose
E03.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose
E05.8	< 4	Sonstige Hyperthyreose
E07.0	< 4	Hypersekretion von Kalzitinin
E10.91	< 4	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.01	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E11.81	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.91	< 4	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E16.2	< 4	Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet
E21.0	< 4	Primärer Hyperparathyreoidismus
E24.2	< 4	Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom
E51.2	< 4	Wernicke-Enzephalopathie
E87.6	< 4	Hypokaliämie
F01.2	< 4	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	< 4	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F03	< 4	Nicht näher bezeichnete Demenz
F19.0	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F19.3	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F32.8	< 4	Sonstige depressive Episoden
F32.9	< 4	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F41.0	< 4	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F43.0	< 4	Akute Belastungsreaktion
F45.30	< 4	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem
F45.33	< 4	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem
F48.0	< 4	Neurasthenie
G00.1	< 4	Pneumokokkenmeningitis
G04.8	< 4	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
G06.0	< 4	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom
G21.1	< 4	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
G25.1	< 4	Arzneimittelinduzierter Tremor
G25.5	< 4	Sonstige Chorea
G30.8	< 4	Sonstige Alzheimer-Krankheit
G30.9	< 4	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
G35.9	< 4	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet
G40.6	< 4	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)
G40.7	< 4	Petit-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-Mal-Anfälle
G40.8	< 4	Sonstige Epilepsien
G41.9	< 4	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet
G43.8	< 4	Sonstige Migräne
G43.9	< 4	Migräne, nicht näher bezeichnet
G45.49	< 4	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G56.3	< 4	Läsion des N. radialis
G62.0	< 4	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie
G62.1	< 4	Alkohol-Polyneuropathie
G70.0	< 4	Myasthenia gravis
G83.1	< 4	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
G90.61	< 4	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ II
G93.3	< 4	Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]
H34.1	< 4	Verschluss der A. centralis retinae
H34.2	< 4	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien
H40.4	< 4	Glaukom (sekundär) nach Entzündung des Auges
H46	< 4	Neuritis nervi optici
H47.2	< 4	Optikusatrophie
H49.0	< 4	Lähmung des N. oculomotorius [III. Hirnnerv]
H53.1	< 4	Subjektive Sehstörungen
H53.3	< 4	Sonstige Störungen des binokularen Sehens
H53.8	< 4	Sonstige Sehstörungen
I10.00	< 4	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.90	< 4	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.00	< 4	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.90	< 4	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.21	< 4	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I21.1	< 4	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
I25.11	< 4	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
I25.13	< 4	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
I25.5	< 4	Ischämische Kardiomyopathie
I27.0	< 4	Primäre pulmonale Hypertonie
I35.2	< 4	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I42.88	< 4	Sonstige Kardiomyopathien
I44.1	< 4	Atrioventrikulärer Block 2. Grades
I45.5	< 4	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock
I46.1	< 4	Plötzlicher Herztod, so beschrieben
I47.0	< 4	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry
I47.1	< 4	Supraventrikuläre Tachykardie
I49.3	< 4	Ventrikuläre Extrasystolie
I50.9	< 4	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I62.01	< 4	Nichttraumatische subdurale Blutung: Subakut
I62.9	< 4	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet
I65.3	< 4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien
I67.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten
I70.25	< 4	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I72.0	< 4	Aneurysma und Dissektion der A. carotis
I80.1	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis
I82.0	< 4	Budd-Chiari-Syndrom
I83.9	< 4	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung
I87.21	< 4	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration
I89.01	< 4	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II
J01.8	< 4	Sonstige akute Sinusitis
J06.8	< 4	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege
J10.1	< 4	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J10.8	< 4	Grippe mit sonstigen Manifestationen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J12.1	< 4	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
J14	< 4	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
J15.2	< 4	Pneumonie durch Staphylokokken
J15.5	< 4	Pneumonie durch Escherichia coli
J15.6	< 4	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien
J15.7	< 4	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
J16.8	< 4	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
J20.6	< 4	Akute Bronchitis durch Rhinoviren
J40	< 4	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
J44.83	< 4	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes
J44.99	< 4	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J45.99	< 4	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad
J84.10	< 4	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation
J93.8	< 4	Sonstiger Pneumothorax
J98.7	< 4	Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert
K11.2	< 4	Sialadenitis
K22.1	< 4	Ösophagusulkus
K22.2	< 4	Ösophagusverschluss
K22.5	< 4	Divertikel des Ösophagus, erworben
K22.6	< 4	Mallory-Weiss-Syndrom
K25.4	< 4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
K25.7	< 4	Ulcus ventriculi: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K26.3	< 4	Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation
K26.5	< 4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation
K29.3	< 4	Chronische Oberflächengastritis
K29.7	< 4	Gastritis, nicht näher bezeichnet
K31.5	< 4	Duodenalverschluss

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K31.7	< 4	Polyp des Magens und des Duodenums
K31.81	< 4	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung
K31.82	< 4	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung
K50.0	< 4	Crohn-Krankheit des Dünndarmes
K50.82	< 4	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend
K50.88	< 4	Sonstige Crohn-Krankheit
K50.9	< 4	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet
K51.3	< 4	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis
K51.9	< 4	Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet
K52.2	< 4	Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis
K55.1	< 4	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.8	< 4	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
K56.4	< 4	Sonstige Obturation des Darmes
K56.5	< 4	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion
K57.10	< 4	Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K58.2	< 4	Reizdarmsyndrom, Obstipations-prädominant [RDS-O]
K62.50	< 4	Hämorrhagie des Anus
K70.40	< 4	Akutes und subakutes alkoholisches Leberversagen
K70.9	< 4	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K71.0	< 4	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase
K74.3	< 4	Primäre biliäre Cholangitis
K75.2	< 4	Unspezifische reaktive Hepatitis
K76.1	< 4	Chronische Stauungsleber
K76.7	< 4	Hepatorenales Syndrom
K80.00	< 4	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.20	< 4	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.41	< 4	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K85.30	< 4	Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.90	< 4	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.91	< 4	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation
K91.1	< 4	Syndrome des operierten Magens
K91.83	< 4	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt
L21.8	< 4	Sonstiges seborrhoisches Ekzem
L50.0	< 4	Allergische Urtikaria
M02.86	< 4	Sonstige reaktive Arthritiden: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M02.87	< 4	Sonstige reaktive Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M17.5	< 4	Sonstige sekundäre Gonarthrose
M18.9	< 4	Rhizarthrose, nicht näher bezeichnet
M42.94	< 4	Osteochondrose der Wirbelsäule, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M46.36	< 4	Bandscheibeninfektion (pyogen): Lumbalbereich
M46.46	< 4	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M47.96	< 4	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M47.99	< 4	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M48.02	< 4	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich
M48.04	< 4	Spinal(kanal)stenose: Thorakalbereich
M48.06	< 4	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich
M50.1	< 4	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie
M54.6	< 4	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule
M54.84	< 4	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakalbereich

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M54.85	< 4	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakolumbalbereich
M54.94	< 4	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M75.4	< 4	Impingement-Syndrom der Schulter
M80.08	< 4	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
N00.9	< 4	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N04.9	< 4	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N15.10	< 4	Nierenabszess
N17.91	< 4	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1
N17.92	< 4	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2
N18.2	< 4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
N20.1	< 4	Ureterstein
N20.9	< 4	Harnstein, nicht näher bezeichnet
N23	< 4	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik
N30.0	< 4	Akute Zystitis
N31.2	< 4	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
R02.04	< 4	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Rumpf
R05	< 4	Husten
R06.4	< 4	Hyperventilation
R06.6	< 4	Singultus
R07.0	< 4	Halsschmerzen
R09.1	< 4	Pleuritis
R10.0	< 4	Akutes Abdomen
R10.3	< 4	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
R13.0	< 4	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme
R17.0	< 4	Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert
R19.5	< 4	Sonstige Stuhlveränderungen
R26.0	< 4	Ataktischer Gang
R29.1	< 4	Meningismus
R29.8	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R40.1	< 4	Sopor
R47.0	< 4	Dysphasie und Aphasie
R47.8	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen
R57.1	< 4	Hypovolämischer Schock
R63.6	< 4	Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit
R64	< 4	Kachexie
R77.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine
R93.5	< 4	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Abdominalregionen, einschließlich des Retroperitoneums
S22.22	< 4	Fraktur des Sternums: Corpus sterni
S32.03	< 4	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
S32.5	< 4	Fraktur des Os pubis
S70.1	< 4	Prellung des Oberschenkels
S80.0	< 4	Prellung des Knies
T17.5	< 4	Fremdkörper im Bronchus
T17.9	< 4	Fremdkörper in den Atemwegen, Teil nicht näher bezeichnet
T38.3	< 4	Vergiftung: Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]
T45.7	< 4	Vergiftung: Antikoagulanzen-Antagonisten, Vitamin K und sonstige Koagulanzen
T50.2	< 4	Vergiftung: Carboanhydrase-Hemmer, Benzothiadiazin-Derivate und andere Diuretika
T52.8	< 4	Toxische Wirkung: Sonstige organische Lösungsmittel
T67.0	< 4	Hitzschlag und Sonnenstich

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
T78.1	< 4	Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert
T78.2	< 4	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet
T80.8	< 4	Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken
T88.6	< 4	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-320	741	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
3-035	498	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
9-984.b	489	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
9-984.7	488	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9-984.8	486	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
8-390.x	429	Lagerungsbehandlung: Sonstige
1-632.0	425	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
9-401.22	422	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.23	387	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-984.9	252	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-500.0	237	Patientenschulung: Basisschulung
8-930	222	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-98b.31	200	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
1-440.a	195	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt
8-900	165	Intravenöse Anästhesie
8-98g.11	155	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage
8-98b.30	142	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
1-650.1	140	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-440.9	128	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
8-980.0	125	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte
9-401.00	125	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-984.6	120	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
8-98g.10	112	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage
1-710	100	Ganzkörperplethysmographie
8-831.00	94	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, antegrad
1-444.6	90	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie
8-191.5	81	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-984.a	78	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
1-650.2	69	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
8-800.c0	61	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
8-706	60	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-020.8	59	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse
3-052	56	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
8-980.10	50	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte
9-401.25	49	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
1-207.0	46	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)
1-901.0	43	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach
1-640	41	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
8-701	41	Einfache endotracheale Intubation
8-982.1	39	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
1-620.01	36	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage
1-712	36	Spiroergometrie
1-444.7	34	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien
8-98g.12	34	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage
9-401.30	31	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
8-98b.32	29	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden
5-452.61	28	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
5-469.e3	27	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch
5-513.21	26	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Stein Entfernung: Mit Ballonkatheter
8-713.0	26	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]
8-931.0	26	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
1-275.0	24	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
5-934.0	24	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher
1-651	22	Diagnostische Sigmoidoskopie
1-843	22	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
8-152.1	19	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle
5-377.30	18	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne anti-tachykardie Stimulation
5-469.d3	18	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch
1-620.00	17	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen
1-620.31	17	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem ultradünnen Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage
5-513.1	17	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-513.f0	17	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 1 Prothese
8-980.11	16	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte
8-982.0	15	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage
8-982.2	15	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-500	14	Tamponade einer Nasenblutung
8-771	14	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
1-204.2	12	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
1-650.0	12	Diagnostische Koloskopie: Partiell
8-854.2	12	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-980.20	12	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte
5-513.h0	11	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 1 Prothese
9-401.01	11	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
1-717.1	10	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials: Mit Indikationsstellung zur weiteren Beatmungsentwöhnungsbehandlung
3-030	10	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
5-431.20	10	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode
1-632.1	9	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum
1-853.2	9	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion
8-640.0	9	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)
5-452.62	8	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
8-812.51	8	Transfusion von Plasma und anderen Plasmapbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE
5-377.1	7	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem
8-133.0	7	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel
8-547.31	7	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform
1-631.0	6	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs
5-452.63	6	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion
5-513.20	6	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen
5-995	6	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)
8-700.0	6	Offenhalten der oberen Atemwege: Durch oropharyngealen Tubus
8-821.2	6	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)
8-831.04	6	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß
8-98g.13	6	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage
1-630.0	5	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument
1-654.0	5	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument
5-449.d3	5	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-449.e3	5	Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch
5-513.b	5	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material
5-526.e1	5	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Nicht selbstexpandierend
8-144.0	5	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig
8-144.2	5	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter
8-153	5	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
8-837.m0	5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
1-791	4	Kardiorespiratorische Polygraphie
1-844	4	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
8-121	4	Darmspülung
8-192.0g	4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Fuß
8-547.1	4	Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern
8-640.1	4	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation)
8-716.00	4	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Nicht invasive häusliche Beatmung
8-718.72	4	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage
8-831.0	4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen
8-83b.0c	4	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
8-987.10	4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage
8-98g.14	4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage
9-401.26	4	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 6 Stunden
1-279.a	< 4	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung
1-424	< 4	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark
1-620.3x	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem ultradünnen Instrument: Sonstige
5-311.1	< 4	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie
5-399.5	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
5-431.21	< 4	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie
5-431.2x	< 4	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Sonstige
5-433.21	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
5-900.04	< 4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf
8-100.8	< 4	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastrroduodenoskopie
8-137.00	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral
8-191.00	< 4	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-812.50	< 4	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE
8-837.00	< 4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-83b.c6	< 4	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker
8-855.81	< 4	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden
8-931.1	< 4	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-980.21	< 4	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte: 829 bis 1.104 Aufwandspunkte
8-982.3	< 4	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage
8-987.11	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
1-442.0	< 4	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber
1-613	< 4	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
1-620.02	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit Alveoloskopie
1-620.03	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit katheterbasierter Luftstrommessung
1-620.32	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem ultradünnen Instrument: Mit Alveoloskopie
1-642	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
1-760	< 4	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung
1-992.2	< 4	Durchführung von Genexpressionsanalysen in soliden bösartigen Neubildungen: Analyse von 3 bis 12 Zielstrukturen
5-399.7	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
5-429.d	< 4	Andere Operationen am Ösophagus: Endoskopisches Clippen
5-449.s3	< 4	Andere Operationen am Magen: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch
5-452.b3	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie: Endoskopische Mukosaresektion
5-513.fl	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 2 oder mehr Prothesen
5-513.h1	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 2 oder mehr Prothesen
5-513.p	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Endoskopische Operation an den Gallengängen bei anatomischer Besonderheit
5-572.1	< 4	Zystostomie: Perkutan
5-900.x4	< 4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sonstige: Sonstige Teile Kopf
6-006.21	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateron, oral: 6.000 mg bis unter 9.000 mg
8-120	< 4	Magenspülung
8-132.1	< 4	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig
8-506	< 4	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen
8-550.1	< 4	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-718.71	< 4	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage
8-718.73	< 4	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-83b.07	< 4	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-855.82	< 4	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden
8-98f.0	< 4	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte
9-401.10	< 4	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
1-266.0	< 4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher
1-430.10	< 4	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie
1-430.11	< 4	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Kryobiopsie
1-430.12	< 4	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Biopsie durch Schlingenabtragung
1-430.1x	< 4	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Sonstige
1-441.0	< 4	Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas: Leber
1-620.0x	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Sonstige
1-620.30	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem ultradünnen Instrument: Ohne weitere Maßnahmen
1-63a	< 4	Kapselendoskopie des Dünndarmes
1-641	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege
1-652.1	< 4	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Koloskopie
1-653	< 4	Diagnostische Proktoskopie
1-660	< 4	Diagnostische Urethroskopie
1-711	< 4	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
1-854.7	< 4	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk
3-056	< 4	Endosonographie des Pankreas
5-210.1	< 4	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Elektrokoagulation
5-345.5	< 4	Pleurodese [Verödung des Pleuraspalles]: Durch Poudrage, thorakoskopisch
5-377.8	< 4	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder
5-429.e	< 4	Andere Operationen am Ösophagus: Endoskopische Injektion
5-451.72	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
5-452.60	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen
5-482.01	< 4	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch
5-513.22	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit mechanischer Lithotripsie
5-513.d	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Bougierung
5-526.1	< 4	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Inzision der Papille (Papillotomie)
5-570.4	< 4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral
6-002.23	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Lenograstim, parenteral: 300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE
6-002.54	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral: 4,50 g bis unter 6,50 g
6-002.f2	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bosentan, oral: 750 mg bis unter 1.000 mg

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
6-002.p5	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 250 mg bis unter 300 mg
6-002.r2	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral: 0,8 g bis unter 1,2 g
6-003.a5	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Sunitinib, oral: 400 mg bis unter 450 mg
6-005.99	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Romiplostim, parenteral: 1.000 µg bis unter 1.200 µg
6-006.20	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateron, oral: 3.000 mg bis unter 6.000 mg
6-007.63	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral: 1.920 mg bis unter 2.400 mg
6-007.p5	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, oral, Tabletten: 2.700 mg bis unter 3.300 mg
6-00d.1	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 13: Acalabrutinib, oral
8-125.2	< 4	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungs- sonde: Über eine liegende PEG-Sonde, endoskopisch
8-132.2	< 4	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend
8-132.3	< 4	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich
8-144.1	< 4	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem
8-148.0	< 4	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum
8-190.40	< 4	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage
8-190.41	< 4	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): 8 bis 14 Tage
8-190.43	< 4	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Mehr als 21 Tage
8-390.5	< 4	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe
8-718.70	< 4	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage
8-718.74	< 4	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage
8-800.d0	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat
8-800.g0	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat
8-800.g1	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate
8-810.w2	< 4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 10 g bis unter 15 g
8-810.w3	< 4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 15 g bis unter 25 g
8-812.52	< 4	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE
8-831.20	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd
8-831.5	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation
8-837.m1	< 4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-855.14	< 4	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 24 bis 72 Stunden
8-855.71	< 4	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden
8-855.72	< 4	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden
8-855.83	< 4	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden
8-980.30	< 4	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.105 bis 1.656 Aufwandspunkte: 1.105 bis 1.380 Aufwandspunkte
9-401.02	< 4	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 4 Stunden
9-401.31	< 4	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-500.1	< 4	Patientenschulung: Grundlegende Patientenschulung

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeboteene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz		Termine nach Vereinbarung über das Sekretariat Tel.Nr. 03672 / 456 - 4201
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notfallambulanz sowie Spezialambulanz für die Versorgung von Schlaganfallpatienten		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen		

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650.2	187	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-444.6	168	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie
1-650.1	140	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
5-452.61	66	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
5-452.63	43	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion
1-444.7	19	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien
5-452.62	7	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
1-650.0	4	Diagnostische Koloskopie: Partiell
5-452.82	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation
5-452.92	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Thermokoagulation

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	17,63
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,58
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	17,63
Fälle je VK/Person	174,36188

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	6,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,94
Fälle je VK/Person	442,93948
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	42,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	42,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	42,28
Fälle je VK/Person	72,70577

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	7,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,57

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,57
Fälle je VK/Person	406,07661

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,92
Fälle je VK/Person	3341,30434

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	5,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,86
Fälle je VK/Person	524,57337
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ12	Notfallpflege	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	
ZP07	Geriatric	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP29	Stroke Unit Care	

Ärztliche Ausbildung / Weiterbildungsermächtigungen

Die Weiterbildungsermächtigungen des Chefarztes bestehen nach der neuen WBO (2020) für die volle Ausbildungszeit (60 Monate Innere Medizin, davon 6 Monate Notfallaufnahme und 6 Monate Intensivmedizin) und zur Zusatz-Weiterbildung Diabetologie (für 6 Monate). Weiterhin bestehen Ermächtigungen für die Zusatz-Weiterbildung in "Spezieller Internistischer Intensivmedizin" (6 Monate, Frau OÄ Segel) und für den Facharzt „Innere Medizin und Kardiologie“ für 42 Monate Kardiologie (einschl. 6 Monate ambulanter Bereich) durch OA Wagner und CA Kühn. Die Klinik ist akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena.

Weitere Berufsgruppen im Pflegepersonal:

Zusätzlich sind Altenpflegehelfer in Höhe von 0,90 VK und pflegerische Hilfskräfte ohne Ausbildung im Gesundheitswesen in Höhe von 0,09 VK in der Klinik tätig .

Weitere Zusatzqualifikationen im pflegerischen Bereich:

Care Go Coach, Demenz Coach, Aromapflege

B-[3].1 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie / Standort Rudolstadt

Einleitungstext

Die Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie arbeitet standortübergreifend in Saalfeld, Rudolstadt sowie Pößneck und erbringt eine hochpräzise, schnelle und moderne radiologische Diagnostik und Therapie rund um die Uhr. Die ärztliche Versorgung erfolgt dabei mit einem gemeinsamen Rufbereitschaftsdienst sowie mittels Teleradiologie durch den diensthabenden Radiologen.

In regelmäßigen Röntgenbesprechungen und fallbezogen quasi rund um die Uhr besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in der Radiologie und am Krankenbett

Einzelheiten zu den Spezialisierungen, diagnostischen Verfahren und Therapien sowie der Geräteausstattung der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie erfahren Sie im Internetauftritt der Klinik.

Nähere Informationen zu den Spezialisierungen der Klinik finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/radiologie-saalfeld>

Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren>

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fach- Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie / Standort Rudolstadt
abteilung

Fachabteilungsschlüssel 3751

Art der Abteilung Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Eric Lopatta
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	03671 / 54 - 1304
Fax	03671 / 54 - 1042
E-Mail	RadiologischeKlinikSaalfeld@thueringen-kliniken.de
Strasse / Hausnummer	Rainweg 68
PLZ / Ort	07318 Saalfeld
URL	https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/radiologie-saalfeld

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Keine Zielvereinbarungen getroffen

Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR02	Native Sonographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR04	Duplexsonographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	Angebot am Standort Saalfeld
VR06	Endosonographie	Angebot am Standort Saalfeld
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR10	Computertomographie (CT), nativ	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR15	Arteriographie	Angebot am Standort Saalfeld
VR16	Phlebographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	Angebot am Standort Saalfeld
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Angebot am Standort Saalfeld
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	Angebot am Standort Saalfeld
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR40	Spezialsprechstunde	Ermächtigungssprechstunde zur Durchführung von Mammographien und Mammasonographien
VR41	Interventionelle Radiologie	Angebot am Standort Saalfeld
VR42	Kinderradiologie	Angebot am Standort Saalfeld
VR43	Neuroradiologie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR44	Teleradiologie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR47	Tumorembolisation	Angebot am Standort Saalfeld

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar / Erläuterung	Als nicht entlassende Fachabteilung werden keine Fallzahlen dargestellt.

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-990	2848	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-200	1361	Native Computertomographie des Schädels
3-84x	491	Andere Magnetresonanztomographie-Spezialverfahren
3-800	370	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-225	325	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-207	322	Native Computertomographie des Abdomens
3-222	301	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-820	299	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-226	273	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-821	258	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-991	217	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
3-202	215	Native Computertomographie des Thorax
3-220	176	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-221	166	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-802	82	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-841	75	Magnetresonanztomographie-Myelographie
3-825	49	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-203	48	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-206	35	Native Computertomographie des Beckens
3-900	33	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
3-24x	30	Andere Computertomographie-Spezialverfahren
3-843.0	20	Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung
3-205	19	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-82a	14	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-201	12	Native Computertomographie des Halses
3-806	10	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-828	8	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
3-823	6	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
3-804	5	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens
3-826	5	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel
3-13d.5	< 4	Urographie: Retrograd
3-13m	< 4	Fistulographie
3-801	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Halses
3-805	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Beckens
3-137	< 4	Ösophagographie
3-223	< 4	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
3-824.0	< 4	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde		Chefarzt Dr. Lopatta und Oberarzt Wächter als benannter Stellvertreter
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme		Notfallversorgung durch alle Fachabteilungen der Thüringen-Kliniken
AM11	Vor- und nachstationäre	Vor- und nachstationäre		

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	Leistungen nach § 115a SGB V	Leistungen		

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein
Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

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

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,00
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

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

Ärztliche Ausbildung / Weiterbildungsermächtigungen

Weitungsbildungsermächtigung Radiologie 60 Monate als Verbundermächtigung von Chefarzt Dr. med. Eric Lopatta mit Radiologischer Praxis Dr. med. Ramona Themel.

Begünstigt durch die am Klinikstandort Saalfeld integrierte Radiologische Praxis Dr. med. Ramona Themel liegen optimale Bedingungen vor. Die Ausbildungsassistenten können daher quasi auf kurze Distanz in der Versorgung stationärer

und ambulanter Patienten, vor allem auch bei der Diagnostik von akut Erkrankten und Notfällen, umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen im Fachgebiet und im Zusammenwirken mit den medizinischen Fachbereichen in der Patientenversorgung erwerben.

Weitere Berufsgruppen - Funktionsbereich:

Weiterhin sind in der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie 4,93 MTA-R in einem direktem Anstellungsverhältnis im stationären Bereich tätig. Diese sind im Berichtsteil A berücksichtigt.

Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenan-nahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implanta-tion [09/1]	140	100	Datenschutz	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Herzschrittmacher-Aggre-gatwechsel [09/2]	24	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Herzschrittmacher-Revi-sion/-Systemwechsel/-Ex-plantation [09/3]	13	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Implantierbare Defibrilla-toren - Implantation [09/4]	18	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Implantierbare Defibrilla-toren - Aggregatwechsel [09/5]	14	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Implantierbare Defibrilla-toren – Revision/Sys-temwechsel/Explantation [09/6]	11	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Karotis-Revaskularisation [10/2]	51	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Gynäkologische Opera-tionen [15/1]	197	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Geburtshilfe [16/1]	684	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Hüftgelenknahe Femurfrak-tur [17/1]	143	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	
Mammachirurgie [18/1]	50	100	0	Die Dokumenta-tionsrate wurde krankenhausbe-zogen berechnet.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumenta- tionsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenan- nahmestelle DeQS
Cholezystektomie [CHE]	304	100	0	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	
Dekubitusprophylaxe [DEK]	527	100	181	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	
Herzchirurgie [HCH]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Offen- chirurgische Aortenklap- peneingriffe [HCH_AK_CHIR]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kathe- tergestützte Aortenklappene- ingriffe [HCH_AK_KATH]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kor- onarchirurgische Opera- tionen [HCH_KC]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Offen- chirurgische Mitralklap- peneingriffe [HCH_MK_CHIR]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kathe- tergestützte Mitralklappene- ingriffe [HCH_MK_KATH]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Hüftendoprothesen- versorgung [HEP]	493	100	0	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplanta- tion [HEP_IMP]	473	100	92	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumenta- tionsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenan- nahmestelle DeQS
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE]	23	100	4	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme [HTXM]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Her- zunterstützungs- systeme/Kunstherzen [HTXM_MKU]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Herztransplantation [HTXM_TX]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Knieendoprothesen- versorgung [KEP]	432	100	0	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	
Zählleistungsbereich Kni- eendoprothesenimplantation [KEP_IMP]	402	100	18	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	
Zählleistungsbereich Kni- eendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE]	30	100	0	Die Dokumenta- tionsrate wurde krankenhausbe- zogen berechnet.	
Leberlebendspende [LLS]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Lebertransplantation [LTX]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	
Lungen- und Herz-Lungen- transplantation [LUTX]	0		0	In diesem Leis- tungsbereich wurde keine doku- menta- tionspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenan-nahmestelle DeQS
Neonatologie [NEO]	116	99,14	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.	
Nierenlebenspende [NLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) [PCI_LKG]	644	103,42	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.	
Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU]	433	100	144	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.	
Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantation [PNTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse]

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen
Kennzahl-ID	56114
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,92 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 Punkte - 0,93 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	N99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel
Kennzahl-ID	56115
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 Punkte - 0,78 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5
Rechnerisches Ergebnis	50 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	16,68 Punkte - 83,32 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Kennzahl-ID	56003
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	79,67 %
Referenzbereich (bundesweit)	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,20 % - 80,13 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde
Kennzahl-ID	56116
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 Punkte - 0,93 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5
Rechnerisches Ergebnis	75 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	37,14 Punkte - 97,75 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Kennzahl-ID	56004
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85 %
Referenzbereich (bundesweit)	□ 3,57 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,70 % - 2,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56005
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,92
Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,35 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 0,92
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56006
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,18 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 0,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56007
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,92
Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,93
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Kennzahl-ID	56008
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19 %
Referenzbereich (bundesweit)	□ 0,14 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 % - 0,20 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56012
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,07 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,00
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	34 / 0 / 0,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,21
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator

Kennzahl-ID

Leistungsbereich

Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

56014

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,01 %
Referenzbereich (bundesweit)	>= 94,19 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,79 % - 95,23 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56018
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,98

Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56020
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,04
Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,06
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	6 / 0 / 0,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,32
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56117
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,12 - 1,14
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56022
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,10 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,02
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56100
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,13
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,07 - 1,21
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	N99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikator	Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56101
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,07
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	N99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle
Kennzahl-ID	56102
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 Punkte - 0,88 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4
Rechnerisches Ergebnis	90 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	55,52 Punkte - 99,99 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen
Kennzahl-ID	56103
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 Punkte - 0,89 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5
Rechnerisches Ergebnis	89,17 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	69,17 Punkte - 98,26 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenanworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	56118
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	N99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikator	Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten
Kennzahl-ID	56104
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 Punkte - 0,88 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5
Rechnerisches Ergebnis	82,79 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,55 Punkte - 90,75 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten
Kennzahl-ID	56105
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 Punkte - 0,85 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5
Rechnerisches Ergebnis	83,06 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,93 Punkte - 89,81 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert
Kennzahl-ID	56106
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 Punkte - 0,75 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4
Rechnerisches Ergebnis	79,07 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,43 Punkte - 89,62 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert
Kennzahl-ID	56107
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,90 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 Punkte - 0,90 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4
Rechnerisches Ergebnis	50 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,28 Punkte - 87,72 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	N99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Zum BJ 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren.

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen
Kennzahl-ID	56108
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,81 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 Punkte - 0,81 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4
Rechnerisches Ergebnis	88,46 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,15 Punkte - 99,09 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor
Kennzahl-ID	56109
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 Punkte - 0,84 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4
Rechnerisches Ergebnis	96,15 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,47 Punkte - 100,00 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen
Kennzahl-ID	56110
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 Punkte - 0,92 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	N99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung
Kennzahl-ID	56111
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,79 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 Punkte - 0,79 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5
Rechnerisches Ergebnis	76,53 Punkte
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,64 Punkte - 86,98 Punkte
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente
Kennzahl-ID	56112
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,62 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,62 Punkte - 0,62 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	N99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung
Kennzahl-ID	56113
Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49 Punkte
Referenzbereich (bundesweit)	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,49 Punkte - 0,50 Punkte
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf. Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,93 %
Referenzbereich (bundesweit)	□ 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,80 % - 3,07 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	101800
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,77
Referenzbereich (bundesweit)	□ 2,78 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 0,79
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID

52305

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,45 %
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,38 % - 96,52 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 4
Rechnerisches Ergebnis	100 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 % - 100,00 %
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	101801
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89 %
Referenzbereich (bundesweit)	□ 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 % - 0,96 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,07
Referenzbereich (bundesweit)	□ 4,59 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,14
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	

Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,90
Referenzbereich (bundesweit)	□ 3,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	2194
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,98
Referenzbereich (bundesweit)	□ 2,51 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,02
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	
Bundesergebnis	0,91
Referenzbereich (bundesweit)	□ 5,45 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 - 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	21 / 0 / 0,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 46,85
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde
Kennzahl-ID	102001
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97 %
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,30 % - 97,52 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	131802
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86 %
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 % - 0,99 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr
Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	□ 5,63 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID

51186

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,10
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,31
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	131801
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,64
Referenzbereich (bundesweit)	□ 2,20 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,61 - 0,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Qualitätsindikator	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,01 %
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,88 % - 97,13 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebezug besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	132001
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,06
Referenzbereich (bundesweit)	□ 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,14
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	132002
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	□ 5,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,25
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde
Kennzahl-ID	132003
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34 %
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,83 % - 95,79 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,95 % - 99,02 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	139 / 139
Rechnerisches Ergebnis	100 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,31 % - 100,00 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,84 % - 98,27 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5 / 5
Rechnerisches Ergebnis	100 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 % - 100,00 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232000_2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 % - 98,96 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	116 / 116
Rechnerisches Ergebnis	100 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,79 % - 100,00 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

2005

Sortierung

1

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID

232001_2006

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

EKcz

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,96 %

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,92 % - 99,00 %

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

112 / 112

Rechnerisches Ergebnis

100 %

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

96,68 % - 100,00 %

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

2006

Sortierung

1

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94 %
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,91 % - 98,98 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	144 / 144
Rechnerisches Ergebnis	100 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,40 % - 100,00 %
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Kennzahl-ID	231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,76 % - 16,00 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	144 / 35
Rechnerisches Ergebnis	24,31 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	18,03 % - 31,92 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232002_2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,73 % - 98,22 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 4
Rechnerisches Ergebnis	100 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 % - 100,00 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

2007

Sortierung

1

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,90
Referenzbereich (bundesweit)	□ 1,69 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	142 / 33 / 15,65
Rechnerisches Ergebnis	2,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,55 - 2,80
Ergebnis im Berichtsjahr	D80
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232007_50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,91
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,93
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	114 / 24 / 12,09
Rechnerisches Ergebnis	1,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,37 - 2,77
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/.</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

50778

Sortierung

1

Qualitätsindikator
Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID
232010_50778

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,85

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,82 - 0,87

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

28 / 9 / 3,56

Rechnerisches Ergebnis

2,53

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

1,41 - 3,98

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse 50778

Sortierung 2

Qualitätsindikator	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232008 231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03 %
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	14,90 % - 15,17 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	116 / 26
Rechnerisches Ergebnis	22,41 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,78 % - 30,82 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	231900
Sortierung	1

Qualitätsindikator	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49 %
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,43 % - 96,55 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	144 / 140
Rechnerisches Ergebnis	97,22 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,08 % - 98,91 %
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232009_50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,34 % - 96,48 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	116 / 114
Rechnerisches Ergebnis	98,28 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,93 % - 99,53 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

50722

Sortierung

1

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID

52009

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,05

Referenzbereich (bundesweit)

□ 2,27 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,04 - 1,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

4038 / 17 / 35,56

Rechnerisches Ergebnis

0,48

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,30 - 0,76

Ergebnis im Berichtsjahr

R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Kennzahl-ID	52326
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,37 % - 0,37 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4038 / 15
Rechnerisches Ergebnis	0,37 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,23 % - 0,61 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelschicht (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Kennzahl-ID	521801
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 % - 0,06 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
Kennzahl-ID	521800

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4038 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,10 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept/.</p> <p>Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

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

Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00 %
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4038 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,10 %
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

DMP	Kommentar / Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 1	Teilnahme der Klinik für Innere Medizin
Diabetes mellitus Typ 2	Teilnahme der Klinik für Innere Medizin

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Qualitätsmanagement in der Intensivtherapie - Projekt der LÄK (QUIT - Qualitätsnetz Intensivmedizin Thüringen)

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Bereitstellung von qualitäts- und leistungsrelevanten Daten aus den Intensivstationen Thüringens sowie deren Aufbereitung und Interpretation durch ein intensivmedizinisches Expertenteam

Ergebnis: elektronische Auswertung gepoolter Daten wird den teilnehmenden Kliniken zur Verfügung gestellt

Messzeitraum: fortlaufend

Datenerhebung: fortlaufend

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.laek-thueringen.de/aerzte/qualitaetssicherung/quit/>

Leistungsbereich: Qualitätsverbesserung in der Intensivmedizin - Projekt der LÄK (QMITs - Qualitätsmanagement Intensivmedizin)

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Erfassung von Strukturdaten, patientenbezogene Daten der Intensivstationen, zum Krankenhausaufenthalt und Leistungsmerkmale

Ergebnis: elektron. Auswertung gepoolter Daten; Bereitstellung Ergebnisse: Mittelwerte, Indizes, Trendtabellen

Messzeitraum: je nach Art der Daten jährlich bzw. je Krankenhausaufenthalt; einzelne Leistungsmerkmale täglich

Datenerhebung:

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <http://www.qmits-projekt.de/>

Leistungsbereich: Klinik für Geriatrie

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Gemidas Pro

Ergebnis: Teilnahme

Messzeitraum: jährlich

Datenerhebung: fortlaufend

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.bv-geriatrie.de/themen/gemidas-pro.html>

Leistungsbereich: Klinik für Innere Medizin

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Zertifizierung als Diabeteszentrum für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V.)

Ergebnis: Zertifikat (01/2016)

Messzeitraum:

Datenerhebung:

Rechenregeln:

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierte-praxen-/kliniken>

Leistungsbereich: Klinik für Innere Medizin

Bezeichnung des Qualitätsindikators: Zertifizierung als Stroke Unit

Ergebnis: Zertifikat (01/2019)

Messzeitraum:

Datenerhebung:

Rechenregeln:

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Referenzbereiche: Schlaganfallregister Münster in Kooperation mit der ADSR

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.schlaganfallregister.org/>

Leistungsbereich: Leistungsbereich: Krankenhausspiegel

Bezeichnung des Qualitätsindikators: gemäß der gesetzlichen Festlegungen von Qualitätsindikatoren zum Qualitätsbericht

Ergebnis: Teilnahme

Messzeitraum: jährlich

Datenerhebung: Daten aus der externen Qualitätssicherung nach SGB V

Rechenregeln: pro Modul

Referenzbereiche:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit

Evidenzgrundlage: <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/startseite/>

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) 12

Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt 6

Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben 6

(*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Geriatric	Geriatric 3	Tag	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Innere Medizin	Geriatric 1	Tag	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Geriatric	Geriatric 1	Nacht	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Geriatric	Geriatric 3	Nacht	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rudolstadt	Intensivmedizin	INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rud.	Nacht	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rudolstadt	Intensivmedizin	INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rud.	Tag	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INN2 - Innere Medizin	Nacht	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INN1 - Innere Medizin	Nacht	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INNER1 - Innere Medizin	Tag	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologische Schlaganfallereinheit	INNER1 - Neurologische Schlaganfallereinheit	Tag	100,00	0	keine Belegung FD+SD am 20.01.2023; keine Belegung FD+SD am 12. + 13. + 24. + 27.02.2023; keine Belegung FD+SD am 26.03.2023, Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2; Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INNER2 - Innere Medizin	Tag	100,00	0	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologische Schlaganfallereinheit	INNER1 - Neurologische Schlaganfallereinheit	Nacht	100,00	0	keine Belegung ND am 11. und 12.02.2023; keine Belegung ND am 26.03.2023, Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2; Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Innere Medizin	Geriatric 1	Tag	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Geriatric	Geriatric 3	Nacht	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Geriatric	Geriatric 3	Tag	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Geriatric GER Geriatric Klinik Rudolstadt	Geriatric	Geriatric 1	Nacht	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rudolstadt	Intensivmedizin	INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rud.	Tag	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rudolstadt	Intensivmedizin	INT_R Abteilung für Internistische Intensivmedizin Rud.	Nacht	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INNER2 - Innere Medizin	Tag	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INNER1 - Innere Medizin	Tag	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INNER2 - Innere Medizin	Nacht	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologische Schlaganfall einheit	INNER1 - Neurologische Schlaganfall einheit	Nacht	100,00	keine Belegung ND am 11. und 12.02.2023; keine Belegung ND am 26.03.2023, Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2; Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologische Schlaganfalleinheit	INNER1 - Neurologische Schlaganfalleinheit	Tag	100,00	keine Belegung FD+SD am 20.01.2023; keine Belegung FD+SD am 12. + 13. + 24. + 27.02.2023; keine Belegung FD+SD am 26.03.2023, Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2; Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2
Klinik für Innere Medizin Rudolstadt/ Internistische Intensivmedizin	Neurologie	INNER1 - Innere Medizin	Nacht	100,00	Anzeige Ausnahmetatbestand § 7PpUGV Satz 1 und 2

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):

keine Angaben

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

trifft nicht zu / entfällt