

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018**

## **Klinikum Fichtelgebirge gGmbH**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.5 am 29.01.2020 um 11:12 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland 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   | 7  |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus  | 7  |
| A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie  | 7  |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses                                      | 8  |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses                                    | 10 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit  | 10 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses   | 11 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus   | 11 |
| A-10 Gesamtfallzahlen   | 11 |
| A-11 Personal des Krankenhauses   | 13 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen  | 13 |
| A-11.2 Pflegepersonal   | 13 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal  | 16 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung  | 19 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement  | 19 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement  | 19 |
| A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements                                       | 21 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement  | 23 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit   | 24 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung   | 25 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen                       | 27 |
| B-[1].1 Innere Medizin (Standorte 01,02)  | 27 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen   | 27 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung                         | 28 |
| B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 31 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung   | 31 |
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD  | 31 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS   | 31 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten  | 31 |
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V   | 32 |
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft                              | 32 |
| B-[1].11 Personelle Ausstattung   | 33 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen  | 33 |
| B-11.2 Pflegepersonal   | 33 |
| B-[2].1 Chirurgie (Standorte 01,02)   | 36 |

|   |    |
|---|----|
| B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen   | 36 |
| B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung                         | 37 |
| B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 39 |
| B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung   | 39 |
| B-[2].6 Diagnosen nach ICD  | 39 |
| B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS   | 39 |
| B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten  | 39 |
| B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V   | 40 |
| B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft                              | 40 |
| B-[2].11 Personelle Ausstattung   | 41 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen  | 41 |
| B-11.2 Pflegepersonal   | 41 |
| B-[3].1 Urologie ( Standort 01)   | 44 |
| B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen   | 44 |
| B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung                         | 45 |
| B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 46 |
| B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung   | 46 |
| B-[3].6 Diagnosen nach ICD  | 46 |
| B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS   | 47 |
| B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten  | 47 |
| B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V   | 47 |
| B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft                              | 48 |
| B-[3].11 Personelle Ausstattung   | 49 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen  | 49 |
| B-11.2 Pflegepersonal   | 49 |
| B-[4].1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe ( Standort 01)   | 52 |
| B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen   | 52 |
| B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung                         | 53 |
| B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 53 |
| B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung   | 53 |
| B-[4].6 Diagnosen nach ICD  | 54 |
| B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS   | 54 |
| B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten  | 54 |
| B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V   | 55 |
| B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft                              | 55 |
| B-[4].11 Personelle Ausstattung   | 56 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen  | 56 |
| B-11.2 Pflegepersonal   | 56 |
| B-[5].1 Intensivmedizin ( Standort 01)  | 59 |
| B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen   | 59 |

|  |     |
|--|-----|
| B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung  | 60  |
| B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung                        | 62  |
| B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung  | 62  |
| B-[5].6 Diagnosen nach ICD   | 62  |
| B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS  | 62  |
| B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten   | 63  |
| B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V  | 63  |
| B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft   | 63  |
| B-[5].11 Personelle Ausstattung  | 64  |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen   | 64  |
| B-11.2 Pflegepersonal  | 64  |
| Teil C - Qualitätssicherung  | 67  |
| C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 67  |
| C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate  | 67  |
| C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Haus Marktrechwitz]                              | 68  |
| C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Haus Selb]                                       | 156 |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V  | 216 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V                                | 216 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung  | 217 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V   | 217 |
| C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr  | 217 |
| C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr   | 217 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")  | 217 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V                             | 217 |

## Einleitung

### Einleitungstext

Herzlich willkommen beim Klinikum Fichtelgebirge!

Die Klinikum Fichtelgebirge gGmbH besteht aus den Häusern Selb und Marktredwitz und verfügt über 408 Betten. Mit über 900 Mitarbeitern gehört das Klinikum zu den größten Arbeitgebern im Landkreis Wunsiedel und ist ein bedeutender Ausbildungsbetrieb: Die Berufsfachschule für Krankenpflege bietet 90 Ausbildungsplätze, die Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe 20.

Das **Haus Marktredwitz** verfügt über 263 Betten und wurde bis 2013 umfangreich saniert. Hier befinden sich die Unfallchirurgie mit Handchirurgie und die Viszeral- und Gefäßchirurgie, Urologie mit Kinderurologie, Prostatazentrum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Brustzentrum sowie die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Die Medizinische Klinik behandelt internistische Erkrankungen und verfügt über eine Schlaganfallereinheit und eine Diabetesstation. Daneben gibt es ein Institut für Diagnostische und interventionelle Radiologie. Zusätzlich steht das Institut für Nuklearmedizin zur Diagnostik und Therapie zur Verfügung.

Die grundlegende Modernisierung des **Hauses Selb** wurde 2005 abgeschlossen. Seitdem präsentiert sich das Haus als Akutkrankenhaus mit 145 Betten und 24h Notfallversorgung. Außerdem befinden sich hier die internistischen Spezialabteilungen Gastroenterologie, Pneumologie und Lymphologie. Zusätzlich - seit 2007 - ein endoprothetisches Zentrum mit modernsten Behandlungsmethoden sowie seit April 2016 das Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Wirbelsäulentherapie.

Im Oktober 2014 eröffnete das „**Medizinische Versorgungszentrum Fichtelgebirge GmbH**“, ein 100prozentiges Tochterunternehmen der Klinikum Fichtelgebirge gGmbH, zunächst mit den Fachbereichen Urologie, Gynäkologie und Orthopädie. Eine Erweiterung um den Bereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erfolgt 2019. Der Standort ist am Haus Marktredwitz des Klinikums.

Ein Ärztehaus in unmittelbarer Nachbarschaft des Hauses Marktredwitz komplettiert in Kooperation mit dem Klinikum das medizinisch-therapeutische Angebot. Dialysepatienten, die im Klinikum stationär aufgenommen sind, werden im Ärztehaus mit versorgt.

Mit dem Qualitätsbericht 2018 möchten wir Sie zu den Angeboten unserer Fachabteilungen und den allgemeinen Leistungen unserer Klinik informieren.

Der Qualitätsbericht versucht Zahlen, Daten, Fakten objektiv aufzuzeigen, ersetzt aber in keinen Fall ein persönliches Gespräch. Bitte scheuen Sie sich nicht, sich mit Ihren konkreten Fragen direkt an uns zu wenden.

Mit den besten Wünschen

Ihre Klinikum Fichtelgebirge gGmbH

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| Name     | Patricia Lehnert                |
| Position | Qualitätsmanagement             |
| Telefon  | 09231 / 809 - 0                 |
| Fax      |                                 |
| E-Mail   | info@klinikum-fichtelgebirge.de |

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

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| Name     | Alexander Meyer                   |
| Position | Stellvertretender Geschäftsführer |
| Telefon. | 09231 / 809 - 0                   |
| Fax      |                                   |
| E-Mail   | info@klinikum-fichtelgebirge.de   |

**Weiterführende Links**

|                  |   |
|------------------|---|
| URL zur Homepage | <a href="http://www.klinikum-fichtelgebirge.de">http://www.klinikum-fichtelgebirge.de</a> |
|------------------|---|

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Name                    | Klinikum Fichtelgebirge gGmbH   |
| Institutionskennzeichen | 260940520   |
| Standortnummer          | 99  |
| Hausanschrift           | Schillerhain 1-8<br>95615 Marktredwitz  |
| Postanschrift           | Schillerhain 1-8<br>95615 Marktredwitz  |
| Internet                | <a href="http://www.klinikum-fichtelgebirge.de">http://www.klinikum-fichtelgebirge.de</a> |

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name                    | Position   | Telefon            | Fax | E-Mail                            |
|-------------------------|--|--------------------|-----|-----------------------------------|
| Dr. med. Bertram Krüger | Ärztlicher Leiter,<br>Chefarzt Innere<br>Medizin | 09231 / 809 - 2501 |     | innere@klinikum-fichtelgebirge.de |

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name               | Position                                 | Telefon         | Fax | E-Mail                          |
|--------------------|--|-----------------|-----|---------------------------------|
| Karlheinz Dachs    | Pflegedienstleitung<br>Haus Selb         | 09287 / 971 - 0 |     | info@klinikum-fichtelgebirge.de |
| Christine Waterloo | Pflegedienstleitung<br>Haus Marktredwitz | 09231 / 809 - 0 |     | info@klinikum-fichtelgebirge.de |

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name  | Position        | Telefon         | Fax | E-Mail                          |
|---|-----------------|-----------------|-----|---------------------------------|
| Dipl. Verwaltungswissenschaftler Martin B. Schmid | Geschäftsführer | 09231 / 809 - 0 |     | info@klinikum-fichtelgebirge.de |

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| Name | Klinikum Fichtelgebirge gGmbH |
| Art  | öffentlich                    |

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

|                 |   |
|-----------------|---|
| Lehrkrankenhaus | Akademisches Lehrkrankenhaus  |
| Universität     | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Karls- Universität Prag, Medizinische Fakultät Hradec Kralove</li> </ul> |

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot   | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| MP01 | Akupressur   |                         |
| MP02 | Akupunktur   |                         |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare   |                         |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie  |                         |
| MP05 | Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern                               |                         |
| MP06 | Basale Stimulation   |                         |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung   |                         |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden   |                         |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik   |                         |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie  |                         |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)   |                         |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen                                 |                         |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung   |                         |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege   |                         |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie   |                         |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege                                    |                         |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage  |                         |
| MP19 | Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik  |                         |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung  |                         |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage   |                         |
| MP25 | Massage  |                         |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie  |                         |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie   |                         |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie                           |                         |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse  |                         |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst                      |                         |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik  |                         |
| MP37 | Schmerztherapie/-management  |                         |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen |                         |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie   |                         |
| MP41 | Spezielles Angebot von Entbindungspflegern/Hebammen  |                         |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot  |                         |
| MP43 | Stillberatung  |                         |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie  |                         |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung  |                         |
| MP46 | Traditionelle Chinesische Medizin  |                         |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik  |                         |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen  |                         |
| MP50 | Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik  |                         |
| MP51 | Wundmanagement   |                         |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen   |                         |
| MP54 | Asthmaschulung   |                         |
| MP55 | Audiometrie/Hördiagnostik  |                         |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung  |                         |
| MP57 | Biofeedback-Therapie   |                         |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)   |                         |
| MP63 | Sozialdienst   |                         |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  |                         |



| <b>Nr.</b> | <b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>   | <b>Kommentar / Erläuterung</b> |
|------------|---|--------------------------------|
| MP65       | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien   |                                |
| MP66       | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen   |                                |
| MP68       | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |                                |

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

| Nr.  | Leistungsangebot   | Zusatzangaben  | URL | Kommentar / Erläuterung   |
|------|--|--|-----|---|
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum  |  |     |   |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer  |  |     |   |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |  |     |   |
| NM07 | Rooming-in   |  |     |   |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)                                      |  |     |   |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer   |  |     |   |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle   |  |     |   |
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer   | 0 EUR pro Tag (max)  |     | im Telefontarif enthalten   |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett  | 0 EUR pro Tag (max)  |     | im Telefontarif enthalten   |
| NM18 | Telefon am Bett  | 2,50 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz<br>0,05 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz<br>0 EUR bei eingehenden Anrufen |     | Fernseh- und Rundfunkgebühren inklusive   |
| NM19 | Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer  |  |     |   |
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen  | 1 EUR pro Stunde (max)<br>6 EUR pro Tag  |     | kostenpflichtig am Standort Marktredwitz  |
| NM36 | Schwimmbad/Bewegungsbad  |  |     |   |
| NM42 | Seelsorge  |  |     |   |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen                               |  |     |   |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen   |  |     |   |
| NM65 | Hotelleistungen  |  |     | individuelle Wahlverpflegung, Tageszeitung, häufiger Bettwäschewechsel, Wäschepaket |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | individuelle Erfassung der Ernährungswünsche durch Menüassistenten   |     |   |
| NM67 | Andachtsraum   |  |     |   |
| NM68 | Abschiedsraum  |  |     |   |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit                                      | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung               | Leitsystem              |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches |                         |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette                           |                         |

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit  | Kommentar / Erläuterung                                       |
|------|--|---|
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen  |   |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug  |   |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen   |   |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung  | Ehrenamtliche Betreuung demenzkranker Patienten               |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)         |   |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische                       |   |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |   |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter                 |   |
| BF23 | Allergenarme Zimmer  |   |
| BF24 | Diätetische Angebote   |   |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  | Liste fremdsprachiger Mitarbeiter liegt vor (ca. 20 Sprachen) |
| BF32 | Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden   |   |

## 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                          |                         |
| FL02 | Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen  |                         |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                   |                         |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten                      |                         |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |                         |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher                            |                         |
| FL09 | Doktorandenbetreuung  |                         |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen                                     | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin |                         |
| HB17 | Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin                         |                         |

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Anzahl der Betten | 408 |
|-------------------|-----|

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 17018 |
|-------------------------|-------|

---

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Teilstationäre Fallzahl | 0     |
| Ambulante Fallzahl      | 28152 |

---

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

|   |        |
|---|--------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 101,77 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 101,77 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00   |
| Ambulante Versorgung                            | 13,76  |
| Stationäre Versorgung                           | 88,01  |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |       |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)   | 55,85 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 55,85 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00  |
| Ambulante Versorgung   | 7,61  |
| Stationäre Versorgung  | 48,24 |
| 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                               | 3,72 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,72 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 1,15 |
| Stationäre Versorgung                           | 2,57 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 3,72 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,72 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 1,15 |
| Stationäre Versorgung                           | 2,57 |

### A-11.2 Pflegepersonal

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

|   |        |
|---|--------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 255,43 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 255,43 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00   |

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| Ambulante Versorgung  | 34,46  |
| Stationäre Versorgung | 220,97 |

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,50 |

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

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 7,92 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 7,92 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0,15 |
| Stationäre Versorgung                           | 7,77 |

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

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

**Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen**

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 4,4  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 4,4  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 2,28 |
| Stationäre Versorgung                           | 2,12 |

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

|   |   |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Ambulante Versorgung  | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 9,28 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 9,28 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 1,34 |
| Stationäre Versorgung                           | 7,94 |

### davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

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

### davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

### Entbindungspfleger und Hebammen

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

### Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

|   |   |
|---|---|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 7 |
|---|---|

### Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 1,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,19 |
| Stationäre Versorgung                           | 0,81 |

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**Medizinische Fachangestellte**

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 3,84 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,84 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 1,69 |
| Stationäre Versorgung                           | 2,15 |

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 2,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 2,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,33 |
| Stationäre Versorgung                           | 1,67 |

|  |       |
|--|-------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |
|--|-------|

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Diätassistent und Diätassistentin (SP04)</b> |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,78  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,78  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                            | 0,01  |
| Stationäre Versorgung                           | 0,77  |
| Kommentar/ Erläuterung                          |   |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)</b> |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,78   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,78   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00   |



|                        |      |
|------------------------|------|
| Ambulante Versorgung   | 0,00 |
| Stationäre Versorgung  | 0,78 |
| Kommentar/ Erläuterung |      |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)</b> |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte                               | 4,05   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 4,05   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00   |
| Ambulante Versorgung                            | 0,16   |
| Stationäre Versorgung                           | 3,89   |
| Kommentar/ Erläuterung                          |  |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b> |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte                               | 10,73   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 10,73   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                            | 0,50  |
| Stationäre Versorgung                           | 10,23   |
| Kommentar/ Erläuterung                          |   |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Sozialpädagoge und Sozialpädagogin (SP26)</b> |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,50   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,50   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00   |
| Ambulante Versorgung                            | 0,10   |
| Stationäre Versorgung                           | 0,40   |
| Kommentar/ Erläuterung                          |  |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)</b> |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte                               | 2,00   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 2,00   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00   |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00   |
| Stationäre Versorgung                           | 2,00   |
| Kommentar/ Erläuterung                          |  |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)</b> |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,01  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,01  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                            | 0,06  |

|                        |      |
|------------------------|------|
| Stationäre Versorgung  | 0,95 |
| Kommentar/ Erläuterung |      |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin (SP35)</b> |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,78  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,78  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                            | 0,03  |
| Stationäre Versorgung                           | 1,75  |
| Kommentar/ Erläuterung                          |   |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)</b> |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte                               | 3,40   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,40   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00   |
| Ambulante Versorgung                            | 0,19   |
| Stationäre Versorgung                           | 3,21   |
| Kommentar/ Erläuterung                          |  |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) (SP55)</b> |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte                               | 13,10   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 13,10   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                            | 1,10  |
| Stationäre Versorgung                           | 12,00   |
| Kommentar/ Erläuterung                          |   |

| <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA) (SP56)</b> |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte                               | 12,55   |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 12,55   |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00  |
| Ambulante Versorgung                            | 2,83  |
| Stationäre Versorgung                           | 9,72  |
| Kommentar/ Erläuterung                          |   |

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

|                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Name                          | Patricia Lehnert                |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsmanagementleitung      |
| Telefon                       | 09231 809 0                     |
| Fax                           |                                 |
| E-Mail                        | info@klinikum-fichtelgebirge.de |

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

|  |   |
|--|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Klinikleitung, Betriebsrat, Qualitätsmanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | andere Frequenz                                 |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

|   |  |
|---|--|
| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |
|---|--|

#### 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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
|--|--|

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr.  | Instrument / Maßnahme   | Zusatzangaben  |
|------|---|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor                            | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen  |  |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement  | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01 |
| RM05 | Schmerzmanagement   | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01 |
| RM06 | Sturzprophylaxe   | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01 |

| Nr.  | Instrument / Maßnahme  | Zusatzangaben  |
|------|--|--|
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen                            | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01   |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten                    | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01   |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen<br><input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br><input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen                                     |  |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten                                    |  |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen         | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01   |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung                          | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01   |
| RM18 | Entlassungsmanagement  | Qualitätsmanagement Handbuch und weitere Regelungen als QM Anweisungen<br>2018-06-01   |

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

|  |  |
|--|--|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Tagungsfrequenz  | andere Frequenz  |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | z.B. Patientenidentifikationsarmbänder, standardisierte OP Checkliste, Seitenmarkierung, Zählkontrolle im OP |

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr.  | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem  | Zusatzangaben |
|------|---|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor                                       | 2018-06-01    |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  | bei Bedarf    |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | monatlich     |

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

#### Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

| Nummer | Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem |
|--------|--|
| EF00   | Kubicum                                      |

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

|   |  |
|---|--|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen      | 4                                      |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 10                                     |
| Hygienefachkräfte (HFK)                                   | 3                                      |
| Hygienebeauftragte in der Pflege                          | 23                                     |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet                 | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission                     | halbjährlich                           |

### Vorsitzender der Hygienekommission

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| Name                          | Dr. med. Bertram Krüger |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Leiter       |
| Telefon                       |                         |
| Fax                           |                         |
| E-Mail                        |                         |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

|   |  |
|---|--|
| Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?                   | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |

#### Der Standard thematisiert insbesondere

|   |  |
|---|--|
| Hygienische Händedesinfektion   | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum                     | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Beachtung der Einwirkzeit   | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe   | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel  | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube  | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz  | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch  | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?                           | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?                           | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |

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

|  |  |
|--|--|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?   | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

#### Der Standard thematisiert insbesondere

|  |  |
|--|--|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
|--|--|

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

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

|   |  |
|---|--|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Min/Max)                        | 25 / 32 ml/Patiententag                |
| Ist eine Intensivstation vorhanden?   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Min/Max)                         | 83 / 102 ml/Patiententag               |

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

|  |  |
|--|--|
| Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )?          | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?   | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?   | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS<br><input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS<br><input checked="" type="checkbox"/> ITS-KISS<br><input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS<br><input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS |                        |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen                      | LARE Fichtelgebirge, Arbeitskreis oberfränkische Hygienefachkräfte und Arbeitskreis Hygiene KKB (Klinikkompetenz Bayern)   |                        |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)   | Zertifikat Bronze  |                        |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten  |  |                        |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen  |  |                        |

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

|   |  |
|---|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt   | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Patientenbefragungen  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Einweiserbefragungen  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name             | Funktion / Arbeitsschwerpunkt                | Telefon     | Fax | E-Mail                          |
|------------------|--|-------------|-----|---------------------------------|
| Patricia Lehnert | Qualitätsmanagement<br>Medizin und<br>Pflege | 09231 809 0 |     | info@klinikum-fichtelgebirge.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

|   |   |
|---|---|
| Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit | eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit |
| Name  | Angela Steinbrecher                                       |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt                                 | Leitung Apotheke  |
| Telefon   | 09231 809 0   |
| Fax   | 09231 809 1409  |
| E-Mail  | apotheke@klinikum-fichtelgebirge.de                       |

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

|   |   |
|---|---|
| Anzahl Apotheker                          | 6 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 6 |
| 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.

| Nr.  | Instrument / Maßnahme  | Zusatzangaben  |
|------|--|----------------|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |                |
| 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)    | QMh 01.06.2018 |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis  | QMh 01.06.2018 |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)   |                |



| Nr.  | Instrument / Maßnahme  | Zusatzangaben  |
|------|--|--|
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service) |  |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln   | <input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung<br><input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal<br><input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen   |
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln  | <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Warenbewirtschaftungssystem, ZENZY   |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln  |  |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern   | <input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen<br><input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<br><input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)<br><input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung  | <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans<br><input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten  |

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte                             | Umgangssprachliche Bezeichnung  | 24h                       | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|---------------------------|-------------------------|
| AA01 | Angiographiegerät/ DSA                        | Gerät zur Gefäßdarstellung  | Ja                        |                         |
| AA08 | Computertomograph (CT)                        | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen                             | Ja                        |                         |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren               | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)                                    | Ja                        |                         |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung |   | Ja                        |                         |
| AA21 | Lithotripter (ESWL)                           | Stoßwellen-Steinerstörung   | keine Angabe erforderlich |                         |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT)                 | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Nein                      |                         |
| AA23 | Mammographiegerät                             | Röntengerät für die weibliche Brustdrüse  | keine Angabe erforderlich |                         |

| Nr.  | Vorhandene Geräte  | Umgangssprachliche Bezeichnung  | 24h                       | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|---------------------------|-------------------------|
| AA30 | Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)                     | Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens  | keine Angabe erforderlich | h                       |
| AA32 | Szintigraphiescanner/Gammasonde                                      | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten                                       | keine Angabe erforderlich | h                       |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz                  | Harnflussmessung  | keine Angabe erforderlich | h                       |
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen               | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck   | Ja                        |                         |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP         | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | keine Angabe erforderlich | h                       |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie   | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)   | Ja                        |                         |
| AA50 | Kapselendoskop   | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung   | keine Angabe erforderlich | h                       |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik   | keine Angabe erforderlich | h                       |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor   |   | Nein                      |                         |

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

### B-[1].1 Innere Medizin (Standorte 01,02)

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Innere Medizin (Standorte 01,02) |
| Fachabteilungsschlüssel                       | 0100                             |
| Art der Abteilung                             | Hauptabteilung                   |

#### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Name                          | Dr. med. Bertram Krüger                         |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführender Chefarzt Medizinische Klinik |
| Telefon                       | 09231 / 809 - 2501                              |
| Fax                           |   |
| E-Mail                        | innere@klinikum-fichtelgebirge.de               |
| Strasse / Hausnummer          | Schillerhain 1-8                                |
| PLZ / Ort                     | 95615 Marktredwitz                              |
| URL                           |   |

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

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

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VC05 | Schrittmachereingriffe   |                         |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen                                      |                         |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen                         |                         |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses  |                         |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen   |                         |
| VC71 | Notfallmedizin   |                         |
| VD20 | Wundheilungsstörungen  |                         |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse                                  |                         |
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane              |                         |
| VH02 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes               |                         |
| VH03 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres   |                         |
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie  |                         |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege                                    |                         |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege   |                         |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen                                  |                         |
| VH14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle  |                         |
| VH15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen                                |                         |
| VH16 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes  |                         |
| VH17 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea   |                         |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge   |                         |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen   |                         |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       |                         |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |                         |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |                         |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |                         |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten         |                         |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten                                      |                         |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    |                         |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen   |                         |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen                                       |                         |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten                 |                         |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)            |                         |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs                                      |                         |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums  |                         |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas                 |                         |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge                            |                         |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura   |                         |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen                                     |                         |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen   |                         |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   | Kommentar / Erläuterung                        |
|------|--|--|
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten  |  |
| VI20 | Intensivmedizin  |  |
| VI21 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation  |  |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien  |  |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)                       |  |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   |  |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen  |  |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |  |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  |  |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |  |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin  |  |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |  |
| VI35 | Endoskopie   |  |
| VI37 | Onkologische Tagesklinik   |  |
| VI38 | Palliativmedizin   |  |
| VI39 | Physikalische Therapie   |  |
| VI40 | Schmerztherapie  |  |
| VI42 | Transfusionsmedizin  | Teilnahme am Projekt Patient- Blood-Management |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen  |  |
| VK05 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) |  |
| VK15 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen   |  |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen   |  |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen   |  |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen   |  |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen  |  |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden  |  |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns  |  |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns   |  |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems  |  |
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems  |  |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus   |  |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems                                |  |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen   |  |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin   |  |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   |  |
| VN23 | Schmerztherapie  |  |
| VN24 | Stroke Unit  |  |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien  |  |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes   |  |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens                          |                         |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien   |                         |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens                 |                         |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln   |                         |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes                            |                         |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien                                       |                         |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |                         |
| VO15 | Fußchirurgie  |                         |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie   |                         |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen      |                         |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen                   |                         |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen  |                         |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen                  |                         |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren     |                         |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen                              |                         |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen  |                         |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen                                      |                         |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung  |                         |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen   |                         |
| VR02 | Native Sonographie  |                         |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie  |                         |
| VR04 | Duplexsonographie   |                         |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel  |                         |
| VR06 | Endosonographie   |                         |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ   | konsiliarärztlich       |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel   | konsiliarärztlich       |
| VR15 | Arteriographie  |                         |
| VR16 | Phlebographie   |                         |
| VR17 | Lymphographie   |                         |
| VR18 | Szintigraphie   |                         |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ  |                         |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel  |                         |
| VR28 | Intraoperative Anwendung der Verfahren  |                         |
| VR41 | Interventionelle Radiologie   |                         |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten                               |                         |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz  |                         |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis  |                         |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters                       |                         |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems                                 |                         |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems                           |                         |
| VU15 | Dialyse   |                         |
| VU18 | Schmerztherapie   |                         |
| VX00 | Lymphologie   |                         |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                     | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VZ05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle              |                         |
| VZ07 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen    |                         |
| VZ10 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich |                         |

#### B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 8094 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

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

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung                           |
|------------------|----------|--|
| I50              | 669      | Herzinsuffizienz                                 |
| I10              | 441      | Essentielle (primäre) Hypertonie                 |
| J44              | 376      | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit  |
| R55              | 335      | Synkope und Kollaps                              |
| J18              | 292      | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet        |
| R07              | 275      | Hals- und Brustschmerzen                         |
| R42              | 254      | Schwindel und Taumel                             |
| F10              | 241      | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| R10              | 197      | Bauch- und Beckenschmerzen                       |
| E86              | 185      | Volumenmangel                                    |

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

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|----------------|--------|---|
| 3-200          | 1916   | Native Computertomographie des Schädels   |
| 9-984          | 1790   | Pflegebedürftigkeit   |
| 8-930          | 1503   | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8-390          | 829    | Lagerungsbehandlung   |
| 3-222          | 824    | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel   |
| 3-225          | 716    | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel   |
| 3-226          | 666    | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel  |
| 1-632          | 653    | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie   |
| 3-820          | 599    | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel   |
| 8-933          | 446    | Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie  |

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

| Nr.  | Art der Ambulanz   | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und |                          |                       |                         |

| Nr.  | Art der Ambulanz   | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|---------------------|-------------------------|
|      | Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)  |                          |                     |                         |
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) |                          |                     |                         |
| AM07 | Privatambulanz   |                          |                     |                         |
| AM08 | Notfallambulanz (24h)  |                          |                     |                         |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V   |                          |                     |                         |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)   |                          |                     |                         |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung   |
|------------|--------|--|
| 1-275      | 19     | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung                       |
| 1-650      | 16     | Diagnostische Koloskopie   |
| 1-444      | < 4    | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt                     |
| 5-452      | < 4    | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |

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

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



## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

|   |           |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 25,55     |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 25,55     |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00      |
| Ambulante Versorgung                            | 1,23      |
| Stationäre Versorgung                           | 24,32     |
| Fälle je VK/Person                              | 332,81250 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |           |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte  | 9,60      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 9,60      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00      |
| Ambulante Versorgung   | 0,49      |
| Stationäre Versorgung  | 9,11      |
| Fälle je VK/Person   | 888,47420 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00     |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin  |                         |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie                                |                         |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie                                      |                         |
| AQ63 | Allgemeinmedizin  |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung  | Kommentar / Erläuterung |
| ZF07 | Diabetologie  |                         |
| ZF09 | Geriatric   |                         |
| ZF25 | Medikamentöse Tumorthherapie  |                         |
| ZF28 | Notfallmedizin  |                         |
| ZF30 | Palliativmedizin  |                         |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie   |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

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

|   |          |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 93,04    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 93,04    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00     |
| Ambulante Versorgung                            | 3,24     |
| Stationäre Versorgung                           | 89,80    |
| Fälle je VK/Person                              | 90,13363 |

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

|   |             |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,47        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,47        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00        |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00        |
| Stationäre Versorgung                           | 0,47        |
| Fälle je VK/Person                              | 17221,27659 |

#### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

#### Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

|   |            |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,48       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,48       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,38       |
| Stationäre Versorgung                           | 1,10       |
| Fälle je VK/Person                              | 7358,18181 |

#### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

|   |            |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 5,23       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 5,23       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,34       |
| Stationäre Versorgung                           | 4,89       |
| Fälle je VK/Person                              | 1655,21472 |

#### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

|   |             |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,40        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,40        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00        |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00        |
| Stationäre Versorgung                           | 0,40        |
| Fälle je VK/Person                              | 20235,00000 |

#### Entbindungspfleger und Hebammen

|  |      |
|--|------|
| 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                              | 0,00000 |

**Beleghebammen und Belegentbindungspfleger**

|   |         |
|---|---------|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0       |
| Fälle je VK/Person                        | 0,00000 |

**Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen**

|   |         |
|---|---------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,01    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,01    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00    |
| Ambulante Versorgung                            | 0,01    |
| Stationäre Versorgung                           | 0,00    |
| Fälle je VK/Person                              | 0,00000 |

**Medizinische Fachangestellte**

|  |              |
|--|--------------|
| Anzahl Vollkräfte  | 0,13         |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,13         |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00         |
| Ambulante Versorgung   | 0,06         |
| Stationäre Versorgung  | 0,07         |
| Fälle je VK/Person   | 115628,57142 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50        |

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ01 | Bachelor  |                         |
| PQ02 | Diplom  |                         |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                    |                         |
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs                          |                         |
| PQ12 | Notfallpflege   |                         |
| PQ13 | Hygienefachkraft  |                         |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                  |                         |
| PQ18 | Pflege in der Endoskopie  |                         |
| PQ20 | Praxisanleitung   |                         |
| PQ21 | Casemanagement  |                         |
| PQ22 | Intermediate Care Pflege  |                         |
| Nr.  | Zusatzqualifikation   | Kommentar / Erläuterung |
| ZP01 | Basale Stimulation  |                         |
| ZP03 | Diabetesberatung (DDG)  |                         |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik                                    |                         |
| ZP05 | Entlassungsmanagement   |                         |
| ZP08 | Kinästhetik   |                         |
| ZP13 | Qualitätsmanagement   |                         |
| ZP14 | Schmerzmanagement   |                         |
| ZP16 | Wundmanagement  |                         |

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ01 | Bachelor  |                         |
| ZP20 | Palliative Care   |                         |
| ZP29 | Stroke Unit Care  |                         |

## B-[2].1 Chirurgie (Standorte 01,02)

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Name der Organisationseinheit /<br>Fachabteilung | Chirurgie (Standorte 01,02) |
| Fachabteilungsschlüssel                          | 1500                        |
| Art der Abteilung                                | Hauptabteilung              |

### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Name                          | siehe Standortbericht Selb           |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                             |
| Telefon                       | 09287 / 971 - 0                      |
| Fax                           |                                      |
| E-Mail                        | chirurgie@klinikum-fichtelgebirge.de |
| Strasse / Hausnummer          | Weißbacher Straße 62                 |
| PLZ / Ort                     | 95100 Selb                           |
| URL                           |                                      |

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Name                          | siehe Standortbericht Marktredwitz   |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                             |
| Telefon                       | 09231 / 809 - 0                      |
| Fax                           |                                      |
| E-Mail                        | chirurgie@klinikum-fichtelgebirge.de |
| Strasse / Hausnummer          | Schillerhain 1-8                     |
| PLZ / Ort                     | 95615 Marktredwitz                   |
| URL                           |                                      |

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

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

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VC05 | Schrittmachereingriffe  |                         |
| VC11 | Lungenchirurgie   |                         |
| VC13 | Operationen wegen Thoraxtrauma  |                         |
| VC15 | Thorakoskopische Eingriffe  |                         |
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen                                 |                         |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen   |                         |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen                                |                         |
| VC21 | Endokrine Chirurgie   |                         |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie  |                         |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie  |                         |
| VC24 | Tumorchirurgie  |                         |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen   |                         |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken  |                         |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik   |                         |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren  |                         |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie  |                         |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen   |                         |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes   |                         |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses   |                         |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax   |                         |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |                         |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes                               |                         |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes                           |                         |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand                                |                         |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels                              |                         |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels                             |                         |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes                              |                         |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen  |                         |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule         |                         |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen  |                         |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven   |                         |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen   |                         |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen   |                         |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen   |                         |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe  |                         |
| VC58 | Spezialsprechstunde   |                         |
| VC59 | Mediastinoskopie  |                         |
| VC61 | Dialyseshuntchirurgie   |                         |
| VC62 | Portimplantation  |                         |
| VC63 | Amputationschirurgie  |                         |
| VC64 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie  |                         |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie   |                         |
| VC66 | Arthroskopische Operationen   |                         |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin  |                         |
| VC69 | Verbrennungschirurgie   |                         |
| VC71 | Notfallmedizin  |                         |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren   |                         |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut                                |                         |
| VD09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde                                    |                         |
| VD20 | Wundheilungsstörungen   |                         |
| VI39 | Physikalische Therapie  |                         |
| VI40 | Schmerztherapie   |                         |
| VK32 | Kindertraumatologie   |                         |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien   |                         |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes                                    |                         |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens                          |                         |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien   |                         |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens                 |                         |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln   |                         |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen                             |                         |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes                            |                         |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien                                       |                         |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |                         |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane                             |                         |
| VO12 | Kinderorthopädie  |                         |
| VO13 | Spezialprechstunde  |                         |
| VO14 | Endoprothetik   |                         |
| VO15 | Fußchirurgie  |                         |
| VO16 | Handchirurgie   |                         |
| VO17 | Rheumachirurgie   |                         |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie   |                         |
| VO19 | Schulterchirurgie   |                         |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie   |                         |
| VO21 | Traumatologie   |                         |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen   |                         |
| VR02 | Native Sonographie  |                         |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie  |                         |
| VR04 | Duplexsonographie   |                         |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel  |                         |
| VR06 | Endosonographie   |                         |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ   |                         |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel   |                         |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren  |                         |
| VR15 | Arteriographie  |                         |
| VR16 | Phlebographie   |                         |
| VR18 | Szintigraphie   |                         |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ  |                         |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel  |                         |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren   |                         |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung  |                         |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote         | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VR28 | Intraoperative Anwendung der Verfahren |                         |
| VR40 | Spezialsprechstunde                    |                         |
| VX00 | Zertifiziertes lokales Traumazentrum   |                         |

### B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 4860 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

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

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung   |
|------------------|----------|--|
| S06              | 360      | Intrakranielle Verletzung  |
| I70              | 250      | Atherosklerose   |
| S72              | 197      | Fraktur des Femurs   |
| K80              | 166      | Cholelithiasis   |
| K40              | 147      | Hernia inguinalis  |
| E11              | 139      | Diabetes mellitus, Typ 2   |
| M48              | 131      | Sonstige Spondylopathien   |
| S82              | 120      | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| S42              | 108      | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes                    |
| S52              | 108      | Fraktur des Unterarmes   |

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

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|----------------|--------|---|
| 9-984          | 748    | Pflegebedürftigkeit   |
| 3-200          | 513    | Native Computertomographie des Schädels                         |
| 3-203          | 450    | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark       |
| 3-802          | 450    | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-607          | 447    | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten              |
| 3-225          | 437    | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel             |
| 3-226          | 413    | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel              |
| 8-836          | 400    | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention                      |
| 3-206          | 340    | Native Computertomographie des Beckens                          |
| 3-205          | 294    | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems           |

### B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr.  | Art der Ambulanz                                     | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz                                       |                          |                       |                         |
| AM08 | Notfallambulanz (24h)                                |                          |                       |                         |
| AM09 | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz           |                          |                       |                         |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |                          |                       |                         |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach                              |                          |                       |                         |



| Nr. | Art der Ambulanz   | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|-----|--|--------------------------|---------------------|-------------------------|
|     | § 124 Abs. 3 SGB V<br>(Abgabe von<br>Physikalischer Therapie,<br>Podologischer Therapie,<br>Stimm-, Sprech- und<br>Sprachtherapie und<br>Ergotherapie) |                          |                     |                         |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|------------|--------|---|
| 5-385      | 195    | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen                |
| 5-399      | 68     | Andere Operationen an Blutgefäßen                               |
| 5-787      | 66     | Entfernung von Osteosynthesematerial                            |
| 5-841      | 64     | Operationen an Bändern der Hand                                 |
| 8-200      | 55     | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese        |
| 5-056      | 42     | Neurolyse und Dekompression eines Nerven                        |
| 5-812      | 40     | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken  |
| 8-201      | 34     | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |
| 5-840      | 26     | Operationen an Sehnen der Hand                                  |
| 5-845      | 23     | Synovialektomie an der Hand                                     |

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

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

|   |           |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 36,68     |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 36,68     |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00      |
| Ambulante Versorgung                            | 6,13      |
| Stationäre Versorgung                           | 30,55     |
| Fälle je VK/Person                              | 159,08346 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |           |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte  | 21,11     |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 21,11     |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00      |
| Ambulante Versorgung   | 3,17      |
| Stationäre Versorgung  | 17,94     |
| Fälle je VK/Person   | 270,90301 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00     |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie  |                         |
| AQ07 | Gefäßchirurgie  |                         |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie                                      |                         |
| AQ13 | Viszeralchirurgie   |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung  | Kommentar / Erläuterung |
| ZF12 | Handchirurgie   |                         |
| ZF28 | Notfallmedizin  |                         |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie                                   |                         |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie   |                         |
| ZF44 | Sportmedizin  |                         |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie   |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

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

|   |          |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 88,71    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 88,71    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00     |
| Ambulante Versorgung                            | 18,42    |
| Stationäre Versorgung                           | 70,29    |
| Fälle je VK/Person                              | 69,14212 |

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

|   |             |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,47        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,47        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00        |
| Ambulante Versorgung                            | 0,08        |
| Stationäre Versorgung                           | 0,39        |
| Fälle je VK/Person                              | 12461,53846 |

#### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

#### Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

|   |             |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,66        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,66        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00        |
| Ambulante Versorgung                            | 1,22        |
| Stationäre Versorgung                           | 0,44        |
| Fälle je VK/Person                              | 11045,45454 |

#### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

|   |            |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 3,69       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,69       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                            | 1,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 2,69       |
| Fälle je VK/Person                              | 1806,69144 |

#### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

|   |             |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,42        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,42        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00        |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00        |
| Stationäre Versorgung                           | 0,42        |
| Fälle je VK/Person                              | 11571,42857 |

#### Entbindungspfleger und Hebammen

|  |      |
|--|------|
| 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                              | 0,00000 |

**Beleghebammen und Belegentbindungspfleger**

|   |         |
|---|---------|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0       |
| Fälle je VK/Person                        | 0,00000 |

**Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen**

|   |            |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,99       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,99       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,18       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,81       |
| Fälle je VK/Person                              | 6000,00000 |

**Medizinische Fachangestellte**

|   |              |
|---|--------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,23         |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,23         |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00         |
| Ambulante Versorgung                            | 0,19         |
| Stationäre Versorgung                           | 0,04         |
| Fälle je VK/Person                              | 121500,00000 |

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ01 | Bachelor  |                         |
| PQ02 | Diplom  |                         |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                    |                         |
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs                          |                         |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie   |                         |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst  |                         |
| PQ12 | Notfallpflege   |                         |
| PQ13 | Hygienefachkraft  |                         |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                  |                         |
| PQ17 | Pflege in der Rehabilitation                                      |                         |
| PQ18 | Pflege in der Endoskopie  |                         |
| PQ20 | Praxisanleitung   |                         |
| PQ21 | Casemanagement  |                         |
| Nr.  | Zusatzqualifikation   | Kommentar / Erläuterung |
| ZP01 | Basale Stimulation  |                         |
| ZP05 | Entlassungsmanagement   |                         |
| ZP08 | Kinästhetik   |                         |
| ZP13 | Qualitätsmanagement   |                         |
| ZP14 | Schmerzmanagement   |                         |
| ZP16 | Wundmanagement  |                         |



### B-[3].1 Urologie ( Standort 01)

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Name der Organisationseinheit /<br>Fachabteilung | Urologie ( Standort 01) |
| Fachabteilungsschlüssel                          | 2200                    |
| Art der Abteilung                                | Hauptabteilung          |

#### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Name                          | PD Dr. med. Wolfgang Schafhauser    |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                            |
| Telefon                       | 09231 / 809 - 2401                  |
| Fax                           |                                     |
| E-Mail                        | urologie@klinikum-fichtelgebirge.de |
| Strasse / Hausnummer          | Schillerhain 1-8                    |
| PLZ / Ort                     | 95615 Marktredwitz                  |
| URL                           |                                     |

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

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

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                      | Kommentar / Erläuterung  |
|------|---|--|
| VC20 | Nierenchirurgie   |  |
| VC21 | Endokrine Chirurgie   |  |
| VC24 | Tumorchirurgie  |  |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen                         | z.B. minimalinvasive endoskopische Steintherapie   |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen                           |  |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe                                  | z.B. Harnröhrenplastik, Penisschwellkörperplastik, Ileumneoblase, Ureter- und Nierenbeckenplastik              |
| VC58 | Spezialsprechstunde   | z.B. Inkontinenzsprechstunde, Urologische Onkologie, Kinderurologische Sprechstunde, Zweitmeinungssprechstunde |
| VC62 | Portimplantation  | In Kooperation mit Gefäßchirurgie  |
| VG16 | Urogynäkologie  |  |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen                                     | Urologischer Röntgenarbeitsplatz OMNIA   |
| VR02 | Native Sonographie  | Urologischer Sonographiearbeitsplatz   |
| VR04 | Duplexsonographie   | Urologischer Sonographiearbeitsplatz   |
| VR06 | Endosonographie   | Urologischer Sonographiearbeitsplatz   |
| VR08 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung               | Urologischer Röntgenarbeitsplatz OMNIA   |
| VR09 | Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren                 | Urologischer Röntgenarbeitsplatz OMNIA zur i.v.-, antegraden, retrograden und interventionellen Urographie     |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ                                     | z.B. zur Steindiagnostik   |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel                         | z.B. zur Tumordiagnostik   |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren                          | z.B. zur interventionellen Punktion/ Drainage  |
| VR18 | Szintigraphie   | Skelett-, Nieren- und Lymphknotenszintigraphie   |
| VR21 | Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen                         | intraoperativ bei Sentinel- Lymph-Node- Dissektion   |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ                              |  |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel                  |  |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren                   |  |
| VR33 | Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden                      | LDR- Brachytherapie der Prostata im Klinikum im Rahmen des zertifizierten Prostatazentrums                     |
| VR41 | Interventionelle Radiologie   | z.B. selektive Nierengefäßembolisierung bei Nierenblutung  |
| VR42 | Kinderradiologie  | z.B. Miktionszystourographie bei vesikouretralen Reflux  |
| VR47 | Tumorembolisation   | z.B. selektive Nierengefäßembolisierung bei Nierentumoren  |
| VU00 | („Sonstiges“) PVP- Lasertherapie bei BHP                            | XPS- Greenlight- Laservaporisation der Prostata  |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten |  |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  | Kommentar / Erläuterung  |
|------|---|--|
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz                              |  |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis                                    |  |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters |  |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems           |  |
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane        |  |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems     |  |
| VU08 | Kinderurologie  |  |
| VU09 | Neuro-Urologie  |  |
| VU10 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase        |  |
| VU11 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen                                 | z. B. lap. Tumornephrektomie und Pyeloplastik  |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen                                   |  |
| VU13 | Tumorchirurgie  |  |
| VU14 | Spezialsprechstunde   | z.B. Inkontinenzsprechstunde, Urologische Onkologie, Kinderurologische Sprechstunde  |
| VU17 | Prostatazentrum   | Zertifiziertes Prostatazentrum nach dem DVPZ   |
| VU18 | Schmerztherapie   | Perioperativer PDK bei großen Abdominaleingriffen, postoperative patientenkontrollierte Analgesie (PCA- Pumpe), postoperative lokale Analgesie mit Wundinfiltrationskatheter, intravesikale EMDA- Therapie |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik                                  |  |

### B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1816 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

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

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung                    |
|------------------|----------|---|
| N13              | 455      | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| C67              | 188      | Bösartige Neubildung der Harnblase        |
| N40              | 152      | Prostatahyperplasie                       |
| C61              | 151      | Bösartige Neubildung der Prostata         |
| N39              | 134      | Sonstige Krankheiten des Harnsystems      |
| N20              | 90       | Nieren- und Ureterstein                   |
| A41              | 64       | Sonstige Sepsis                           |
| N30              | 61       | Zystitis                                  |
| N32              | 46       | Sonstige Krankheiten der Harnblase        |
| N43              | 39       | Hydrozele und Spermatozele                |



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

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung   |
|----------------|--------|--|
| 8-132          | 1405   | Manipulationen an der Harnblase  |
| 1-661          | 842    | Diagnostische Urethrozystoskopie   |
| 8-137          | 761    | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]  |
| 3-13d          | 507    | Urographie   |
| 5-573          | 267    | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase                     |
| 3-206          | 249    | Native Computertomographie des Beckens   |
| 3-207          | 246    | Native Computertomographie des Abdomens  |
| 5-550          | 240    | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung |
| 5-98b          | 206    | Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops   |
| 5-601          | 205    | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe   |

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

| Nr.  | Art der Ambulanz   | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung   |
|------|--|--------------------------|-----------------------|---|
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) |                          |                       | Ermächtigung nach § 31a Abs. 1 Ärzte ZV zur ambulanten Versorgung urologischer Patienten auf Überweisung durch Urologen und Pädiater sowie zur uroonkologischen Tumortherapie |
| AM07 | Privatambulanz   |                          |                       | sämtliche ambulante diagnostische und therapeutische urologische Verfahren  |
| AM08 | Notfallambulanz (24h)  |                          |                       | sämtliche ambulante diagnostische und therapeutische urologische Verfahren zur Notfallversorgung  |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V   |                          |                       |   |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)   |                          |                       |   |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|------------|--------|---|
| 1-661      | 391    | Diagnostische Urethrozystoskopie                                      |
| 8-137      | 236    | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] |
| 5-640      | 189    | Operationen am Präputium  |

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|------------|--------|---|
| 5-572      | 11     | Zystostomie   |
| 5-630      | 8      | Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici |
| 5-612      | \< 4   | Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe                         |
| 1-502      | \< 4   | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision                             |
| 5-585      | \< 4   | Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra                   |
| 5-633      | \< 4   | Epididymektomie   |
| 5-636      | \< 4   | Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens                        |

### 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 Ärzte und Ärztinnen

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

|   |           |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 9,54      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 9,54      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00      |
| Ambulante Versorgung                            | 0,58      |
| Stationäre Versorgung                           | 8,96      |
| Fälle je VK/Person                              | 202,67857 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |           |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte  | 5,73      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 5,73      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00      |
| Ambulante Versorgung   | 0,35      |
| Stationäre Versorgung  | 5,38      |
| Fälle je VK/Person   | 337,54646 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00     |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ60 | Urologie  |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung  | Kommentar / Erläuterung |
| ZF25 | Medikamentöse Tumortherapie   |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

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

|   |          |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 28,59    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 28,59    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00     |
| Ambulante Versorgung                            | 8,48     |
| Stationäre Versorgung                           | 20,11    |
| Fälle je VK/Person                              | 90,30333 |

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

|   |            |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,76       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,76       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,02       |
| Stationäre Versorgung                           | 1,74       |
| Fälle je VK/Person                              | 1043,67816 |

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

**Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen**

|   |             |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,36        |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,36        |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00        |
| Ambulante Versorgung                            | 0,34        |
| Stationäre Versorgung                           | 0,02        |
| Fälle je VK/Person                              | 90800,00000 |

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

|   |            |
|---|------------|
| 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                              | 5044,44444 |

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

**Entbindungspfleger und Hebammen**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

**Beleghebammen und Belegentbindungspfleger**

|   |         |
|---|---------|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0       |
| Fälle je VK/Person                        | 0,00000 |

**Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

**Medizinische Fachangestellte**

|  |         |
|--|---------|
| 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   | 0,00000 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50   |

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ02 | Diplom  |                         |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                    |                         |
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs                          |                         |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie   |                         |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst  |                         |
| PQ12 | Notfallpflege   |                         |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                  |                         |
| PQ18 | Pflege in der Endoskopie  |                         |
| PQ20 | Praxisanleitung   |                         |
| Nr.  | Zusatzqualifikation   | Kommentar / Erläuterung |
| ZP05 | Entlassungsmanagement   |                         |
| ZP08 | Kinästhetik   |                         |
| ZP13 | Qualitätsmanagement   |                         |
| ZP16 | Wundmanagement  |                         |

### B-[4].1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe ( Standort 01)

|  |   |
|--|---|
| Name der Organisationseinheit /<br>Fachabteilung | Frauenheilkunde und Geburtshilfe ( Standort 01) |
| Fachabteilungsschlüssel                          | 2400  |
| Art der Abteilung                                | Hauptabteilung                                  |

#### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Name                          | Dr. med. Maria Dietrich                 |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin, Leitung Brustzentrum        |
| Telefon                       | 09231 / 809 - 2222                      |
| Fax                           |   |
| E-Mail                        | frauenklinik@klinikum-fichtelgebirge.de |
| Strasse / Hausnummer          | Schillerhain 1-8                        |
| PLZ / Ort                     | 95615 Marktredwitz                      |
| URL                           |   |

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

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

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   | Kommentar / Erläuterung                            |
|------|--|--|
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen  |  |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen  |  |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe   |  |
| VC64 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie   |  |
| VC68 | Mammachirurgie   |  |
| VG00 | Labienkorrektur, Labienplastik   |  |
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse  | Zertifiziertes Brustzentrum                        |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse  |  |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse                                    |  |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie  | Reduktionsplastik, Augmentation, Lifting           |
| VG05 | Endoskopische Operationen  | LAVH, LASH, Sterilitätsabklärung                   |
| VG06 | Gynäkologische Chirurgie   |  |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie   | T.O.T- Band, vaginale Hysterektomien mit Plastiken |
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren  |  |
| VG09 | Pränataldiagnostik und -therapie   | Amniozentese                                       |
| VG10 | Betreuung von Risikoschwangerschaften  |  |
| VG11 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes |  |
| VG12 | Geburtshilfliche Operationen   |  |
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane                    |  |
| VG14 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes             |  |
| VG15 | Spezialsprechstunde  |  |
| VG16 | Urogynäkologie   |  |
| VG18 | Gynäkologische Endokrinologie  |  |
| VG19 | Ambulante Entbindung   |  |
| VI37 | Onkologische Tagesklinik   |  |
| VK23 | Versorgung von Mehrlingen  |  |
| VK25 | Neugeborenenenscreening  |  |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen  |  |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie   |  |
| VR04 | Duplexsonographie  |  |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ  |  |
| VR18 | Szintigraphie  |  |
| VR21 | Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen  |  |

### B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1986 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

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

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|------------------|----------|---|
| Z38              | 374      | Lebendgeborene nach dem Geburtsort  |
| C50              | 300      | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]   |
| O70              | 89       | Dammriss unter der Geburt   |
| O80              | 80       | Spontangeburt eines Einlings  |
| O34              | 67       | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane                   |
| D25              | 63       | Leiomyom des Uterus   |
| N80              | 54       | Endometriose  |
| O26              | 53       | Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind |
| N83              | 50       | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri                  |
| P59              | 38       | Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen                             |

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

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung   |
|----------------|--------|--|
| 9-262          | 450    | Postnatale Versorgung des Neugeborenen   |
| 1-208          | 436    | Registrierung evozierter Potentiale  |
| 3-05d          | 234    | Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane                               |
| 3-100          | 220    | Mammographie   |
| 3-705          | 159    | Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems                                       |
| 5-870          | 147    | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe |
| 3-225          | 139    | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel                            |
| 5-657          | 133    | Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung         |
| 5-749          | 132    | Andere Sectio caesarea   |
| 3-226          | 124    | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel                             |

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr.  | Art der Ambulanz   | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) |                          |                     |                         |
| AM07 | Privatambulanz   |                          |                     |                         |
| AM08 | Notfallambulanz (24h)  |                          |                     |                         |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V   |                          |                     |                         |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und   |                          |                     |                         |



| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|-----|------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|
|     | Ergotherapie)    |                          |                     |                         |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung   |
|------------|--------|--|
| 1-672      | 189    | Diagnostische Hysteroskopie  |
| 5-690      | 158    | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]                                       |
| 1-471      | 138    | Biopsie ohne Inzision am Endometrium   |
| 5-751      | 75     | Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]                        |
| 5-870      | 38     | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe |
| 5-671      | 28     | Konisation der Cervix uteri  |
| 1-694      | 13     | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)                                   |
| 5-711      | 13     | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)                                     |
| 5-691      | 11     | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers                                    |
| 5-663      | 9      | Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]        |

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

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

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

|   |           |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 8,85      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 8,85      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00      |
| Ambulante Versorgung                            | 1,90      |
| Stationäre Versorgung                           | 6,95      |
| Fälle je VK/Person                              | 285,75539 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |           |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte  | 4,11      |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 4,11      |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00      |
| Ambulante Versorgung   | 0,88      |
| Stationäre Versorgung  | 3,23      |
| Fälle je VK/Person   | 614,86068 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00     |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ14 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe                                    |                         |
| AQ16 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP<br>Gynäkologische Onkologie    |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung  | Kommentar / Erläuterung |
| ZF25 | Medikamentöse Tumorthherapie  |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

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

|   |           |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 20,79     |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 20,79     |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00      |
| Ambulante Versorgung                            | 4,21      |
| Stationäre Versorgung                           | 16,58     |
| Fälle je VK/Person                              | 119,78287 |

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

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 5,22 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 5,22 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung                            | 0,05 |

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Stationäre Versorgung | 5,17      |
| Fälle je VK/Person    | 384,13926 |

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

### Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

|   |            |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,86       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,86       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,34       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,52       |
| Fälle je VK/Person                              | 3819,23076 |

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

### Entbindungspfleger und Hebammen

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

### Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

|  |           |
|--|-----------|
| Beleghebammen und<br>Belegentbindungspfleger | 7         |
| Fälle je VK/Person                           | 283,71428 |

**Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen**

|  |         |
|--|---------|
| Anzahl Vollkräfte                                  | 0,00    |
| Personal mit direktem<br>Beschäftigungsverhältnis  | 0,00    |
| Personal ohne direktes<br>Beschäftigungsverhältnis | 0,00    |
| Ambulante Versorgung                               | 0,00    |
| Stationäre Versorgung                              | 0,00    |
| Fälle je VK/Person                                 | 0,00000 |

**Medizinische Fachangestellte**

|  |            |
|--|------------|
| Anzahl Vollkräfte                                  | 1,48       |
| Personal mit direktem<br>Beschäftigungsverhältnis  | 1,48       |
| Personal ohne direktes<br>Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                               | 1,11       |
| Stationäre Versorgung                              | 0,37       |
| Fälle je VK/Person                                 | 5367,56756 |

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ02 | Diplom  |                         |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                    |                         |
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs                          |                         |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie   |                         |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst  |                         |
| PQ12 | Notfallpflege   |                         |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                  |                         |
| PQ15 | Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege                     |                         |
| PQ20 | Praxisanleitung   |                         |
| Nr.  | Zusatzqualifikation   | Kommentar / Erläuterung |
| ZP05 | Entlassungsmanagement   |                         |
| ZP08 | Kinästhetik   |                         |
| ZP13 | Qualitätsmanagement   |                         |
| ZP14 | Schmerzmanagement   |                         |
| ZP16 | Wundmanagement  |                         |
| ZP23 | Breast Care Nurse   |                         |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung                                     |                         |

**B-[5].1 Intensivmedizin ( Standort 01)**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Name der Organisationseinheit /<br>Fachabteilung | Intensivmedizin ( Standort 01) |
| Fachabteilungsschlüssel                          | 3600                           |
| Art der Abteilung                                | Hauptabteilung                 |

**Chefärztinnen/-ärzte**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Name                          | Michael Paland                                  |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt  |
| Telefon                       | 09231 / 809 - 2701                              |
| Fax                           |   |
| E-Mail                        | anaesthesie-intensiv@klinikum-fichtelgebirge.de |
| Strasse / Hausnummer          | Schillerhain 1-8                                |
| PLZ / Ort                     | 95615 Marktredwitz                              |
| URL                           |   |

**B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

|   |  |
|---|--|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V | Keine<br>Zielvereinbarung<br>getroffen |
| Kommentar/Erläuterung   |  |

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  | Kommentar / Erläuterung                   |
|------|---|---|
| VC00 | Diagnostische und therapeutische Bronchoskopie  | 24h verfügbar                             |
| VC13 | Operationen wegen Thoraxtrauma  | Minithorakotomie,<br>Thoraxdrainageanlage |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen   |   |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes   |   |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses   |   |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax   |   |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |   |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes                               |   |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes                           |   |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand                                |   |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels                             |   |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes                              |   |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin  |   |
| VC71 | Notfallmedizin  |   |
| VD01 | Diagnostik und Therapie von Allergien   |   |
| VD07 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen   |   |
| VD20 | Wundheilungsstörungen   |   |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege   |   |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege  |   |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen   |   |
| VH14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle   | z.B. Soorthherapie                        |
| VH15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen                                       | z.B. Parotisbehandlung                    |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen  | Logopädie, Schluckendoskopie              |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten  |   |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes        |   |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten   |   |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)   |   |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen  |   |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen  |   |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen                       |   |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)                   |   |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums   |   |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas                        |   |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge                                   |   |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura  |   |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen  |   |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen  |   |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten                                   |   |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VI20 | Intensivmedizin  |                         |
| VI21 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation  |                         |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien  |                         |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |                         |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   |                         |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen  |                         |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |                         |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |                         |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin  | SAS, CPAP               |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |                         |
| VI35 | Endoskopie   | Bronchoskopie           |
| VI38 | Palliativmedizin   |                         |
| VI40 | Schmerztherapie  |                         |
| VI42 | Transfusionsmedizin  |                         |
| VK13 | Diagnostik und Therapie von Allergien  |                         |
| VK15 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen   |                         |
| VK23 | Versorgung von Mehrlingen  |                         |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen   |                         |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen   |                         |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen   |                         |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden  |                         |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns  |                         |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns   |                         |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute   |                         |
| 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          |                         |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin   |                         |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   |                         |
| VN23 | Schmerztherapie  |                         |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln  |                         |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie  |                         |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen                 |                         |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen                              |                         |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen   |                         |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen                             |                         |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren                |                         |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen   |                         |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                      | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen        |                         |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen                                     |                         |
| VR02 | Native Sonographie  |                         |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie                                  |                         |
| VR04 | Duplexsonographie   |                         |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ                                     |                         |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel                         |                         |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren                          |                         |
| VR18 | Szintigraphie   |                         |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ                              |                         |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren                   |                         |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung                |                         |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten |                         |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz                      |                         |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis                            |                         |
| VU08 | Kinderurologie  |                         |
| VU15 | Dialyse   | Akutdialysen            |

#### B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 262 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0   |

#### B-[5].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung   |
|------------------|----------|--|
| F10              | 49       | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol   |
| I50              | 28       | Herzinsuffizienz   |
| A41              | 19       | Sonstige Sepsis  |
| F19              | 17       | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen |
| J44              | 9        | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit  |
| I21              | 8        | Akuter Myokardinfarkt  |
| I49              | 8        | Sonstige kardiale Arrhythmien  |
| R40              | 7        | Somnolenz, Sopor und Koma  |
| J15              | 6        | Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert   |
| E11              | 5        | Diabetes mellitus, Typ 2   |

#### B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|----------------|--------|---|
| 8-930          | 473    | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8-980          | 417    | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)  |
| 8-831          | 269    | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße   |
| 8-706          | 123    | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung   |
| 3-607          | 108    | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten  |
| 1-620          | 105    | Diagnostische Tracheobronchoskopie  |



| OPS-301<br>Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|-------------------|--------|---|
| 8-701             | 102    | Einfache endotracheale Intubation   |
| 8-800             | 72     | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 1-843             | 71     | Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus                                   |
| 3-200             | 64     | Native Computertomographie des Schädels                                     |

### B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

### B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

|   |          |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 17,43    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 17,43    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00     |
| Ambulante Versorgung                            | 2,77     |
| Stationäre Versorgung                           | 14,66    |
| Fälle je VK/Person                              | 17,87175 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |          |
|--|----------|
| Anzahl Vollkräfte  | 11,58    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 11,58    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0,00     |
| Ambulante Versorgung   | 1,57     |
| Stationäre Versorgung  | 10,01    |
| Fälle je VK/Person   | 26,17382 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00    |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie   |                         |
| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung  | Kommentar / Erläuterung |
| ZF15 | Intensivmedizin   |                         |
| ZF28 | Notfallmedizin  |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

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

|   |          |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 22,80    |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 22,80    |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00     |
| Ambulante Versorgung                            | 0,11     |
| Stationäre Versorgung                           | 22,69    |
| Fälle je VK/Person                              | 11,54693 |

#### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

|   |      |
|---|------|
| 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 | 0,00000 |
|--------------------|---------|

**Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen**

|   |            |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,04       |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,04       |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00       |
| Ambulante Versorgung                            | 0,00       |
| Stationäre Versorgung                           | 0,04       |
| Fälle je VK/Person                              | 6550,00000 |

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

**Entbindungspfleger und Hebammen**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

**Beleghebammen und Belegentbindungspfleger**

|   |         |
|---|---------|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0       |
| Fälle je VK/Person                        | 0,00000 |

**Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen**

|   |      |
|---|------|
| 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    | 0,00000 |

**Medizinische Fachangestellte**

|   |         |
|---|---------|
| 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                              | 0,00000 |

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                    |                         |
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs                          |                         |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                  |                         |
| PQ20 | Praxisanleitung   |                         |
| Nr.  | Zusatzqualifikation   | Kommentar / Erläuterung |
| ZP05 | Entlassungsmanagement   |                         |
| ZP08 | Kinästhetik   |                         |
| ZP13 | Qualitätsmanagement   |                         |
| ZP16 | Wundmanagement  |                         |

## 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 % | Kommentar / Erläuterung  |
|--|----------|-------------------------|--|
| Ambulant erworbene Pneumonie   | 448      | 100,0                   |  |
| Geburtshilfe   | 447      | 100,0                   |  |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)                     | 253      | 100,0                   |  |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel                                    | 18       | 100,0                   |  |
| Herzschrittmacher-Implantation                                       | 27       | 100,0                   |  |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation              |          | 100,0 - 100,0           |  |
| Hüftendoprothesenversorgung  | 169      | 100,0                   |  |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung        | 90       | 100,0                   |  |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel                       | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation                          |          | 100,0 - 100,0           |  |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation  | 40       | 100,0                   |  |
| Knieendoprothesenversorgung  | 83       | 100,0                   |  |
| Leberlebendspende  | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation   | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation                               | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie   | 173      | 100,0                   |  |

| Leistungsbereich                             | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Kommentar / Erläuterung  |
|--|----------|-------------------------|--|
| Neonatologie                                 | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende                           | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 0        |                         | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege:<br>Dekubitusprophylaxe               | 341      | 100,0                   |  |

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Haus Marktredwitz]

| Qualitätsindikator   | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52315</b>  |
| Leistungsbereich   | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,08  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,87 / 1,34   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51404</b>  |
| Leistungsbereich   | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 0,97  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 5,03 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,84 / 1,11   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 15,34   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 3,17 / 15,34  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator   | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51191</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 1,10   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 4,02 (95. Perzentil)  |



|   |  |
|---|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,04 / 1,17  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 3,05   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,54 / 13,22   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>54141</b>  |
| Leistungsbereich          | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses       | Tkez  |

|  |   |
|--|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 96,85   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,72 / 96,98   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 13 / 11   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 84,62   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 57,77 / 95,67   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. |

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54140</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |

|   |  |
|---|--|
| Bundesergebnis  | 98,55  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,46 / 98,64  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 13 / 13  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 100,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 77,19 / 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54142</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | TKez  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 0,13  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,11 / 0,16   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 13 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 22,81  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |   |

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52311</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,44  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,36 / 1,53   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54143</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,57  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 10,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,48 / 1,66   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52139</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 89,25  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 60,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 89,04 / 89,45  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | U32  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52305</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 95,74  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 95,66 / 95,81  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 44 / 41  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 93,18  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 81,77 / 97,65  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54012</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 1,00   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,40 (95. Perzentil)  |



|  |  |
|--|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit)                     | 0,98 / 1,02  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 57 / 12 / 8,10   |
| Rechnerisches Ergebnis                             | 1,48   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                    | 0,88 / 2,34  |
| Ergebnis im Berichtsjahr                           | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                           | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |

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

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>54013</b>  |
| Leistungsbereich          | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |

|   |  |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 0,21   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel-Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,19 / 0,23  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 36 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 9,64  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)</b>   |
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>54018</b>   |
| Leistungsbereich  | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 4,62   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 11,41 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 4,45 / 4,79  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |  |
| Rechnerisches Ergebnis  |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)</b>  |
|---|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>54019</b>  |
| Leistungsbereich  | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses   | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein  |
| Einheit   | %   |
| Bundesergebnis  | 2,35  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 7,50 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 2,28 / 2,42   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 22 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 14,87  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>10271</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,10  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,12 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,06 / 1,14   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,64  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,27 / 5,07   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>54016</b>   |
| Leistungsbereich          | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |

|   |  |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 1,51   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,72 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,46 / 1,57  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 22 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 14,87   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54001</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 97,13  |

|   |  |
|---|--|
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 97,05 / 97,20  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 22 / 21  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 95,45  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 78,20 / 99,19  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54002</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 92,36   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 86,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 91,99 / 92,72   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 9 / 9   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 70,09 / 100,00  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54003</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 13,75  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 15,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 13,48 / 14,03  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 47 / 9   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 19,15  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 10,42 / 32,54  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54004</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks                                  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 95,81   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 85,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 95,72 / 95,90   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 72 / 69   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 95,83   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 88,45 / 98,57   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54010</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | TKez  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 98,10   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,03 / 98,16   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 22 / 22   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 85,13 / 100,00  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54017</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 6,18   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 15,15 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 5,84 / 6,54  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 8 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 32,44   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54128</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 99,79   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 98,54 % (5. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 99,76 / 99,81   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52249</b>   |
| Leistungsbereich   | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 0,98   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 1,23 (90. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,98 / 0,99  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 446 / 168 / 131,32   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,28   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 1,13 / 1,44  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>321</b>  |
| Leistungsbereich   | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt   |
| Typ des Ergebnisses  | TKez  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 0,23  |

|   |   |
|---|---|
| Referenzbereich (bundesweit)  |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,22 / 0,24   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 430 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 0,89   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            |   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>1058</b>  |
| Leistungsbereich   | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 0,32   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | Sentinel-Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,23 / 0,46  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 6 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |



|  |  |
|--|--|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                  | 0,00 / 39,03   |
| Ergebnis im Berichtsjahr                         | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr            | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                         | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsverfahren soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/</a>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

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

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>330</b>  |
| Leistungsbereich          | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt   |
| Typ des Ergebnisses       | QI  |

|   |   |
|---|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH, QS-Planung  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein  |
| Einheit   | %   |
| Bundesergebnis  | 97,55   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 97,18 / 97,87   |
| 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>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/</a>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>50045</b>  |
| Leistungsbereich   | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt                                       |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | ja  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 99,17   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 99,14 / 99,21   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 169 / 168   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 99,41   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 96,72 / 99,90   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stimmnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**

**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**

**Kennzahl-ID**
**51397**

Leistungsbereich

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

Typ des Ergebnisses

TKez

|   |  |
|---|--|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   |  |
| Bundesergebnis  | 1,07   |
| Referenzbereich (bundesweit)  |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,01 / 1,12  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 430 / 0 / 1,02   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 3,72  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            |  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a>. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren">https://iqtig.org/qs-verfahren</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51803</b>  |
| Leistungsbereich   | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,05  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,32   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,02 / 1,08   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,64  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,18 / 2,31   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjaheresgebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51831</b>  |
| Leistungsbereich   | Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,06  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 6,00 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,95 / 1,18   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 14 / 0 / 0,05   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 65,87  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen</b>                                  |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>12874</b>  |
| Leistungsbereich   | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,22  |

|   |   |
|---|---|
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,11 / 1,33   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 28 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 12,06  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/</a>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>52283</b>  |

|   |  |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 2,47   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 4,94 % (90. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 2,38 / 2,56  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 115 / 4  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 3,48   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 1,36 / 8,60  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>60684</b>   |
| Leistungsbereich   | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)  |
| Typ des Ergebnisses  | TKEz   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 11,97  |

|   |  |
|---|--|
| Referenzbereich (bundesweit)  |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 11,05 / 12,96  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |  |
| Rechnerisches Ergebnis  |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            |  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>60685</b>  |
| Leistungsbereich   | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,14  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | Sentinel-Event  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,05 / 1,25   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 60 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 6,02   |
| 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>612</b>   |
| Leistungsbereich   | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 88,28  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | $\geq 74,04$ % (5. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 87,96 / 88,59  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 55 / 53  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 96,36  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 87,68 / 99,00  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis 60686</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>60686</b>  |
| Leistungsbereich   | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 20,03   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 40,23 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 19,39 / 20,68   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>60683</b>   |
| Leistungsbereich   | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)  |
| Typ des Ergebnisses  | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 12,24  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 11,01 / 13,58  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf).

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>10211</b>  |
| Leistungsbereich   | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 7,64  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 20,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 7,23 / 8,07   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**

**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen**

**Kennzahl-ID**
**51906**

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

Typ des Ergebnisses

QI

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung                 |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein                             |
| Einheit  |                                  |
| Bundesergebnis   | 1,10                             |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 4,18                          |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,03 / 1,17                      |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |                                  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,29                             |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,35 / 4,61                      |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10                              |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert                      |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>  |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2005</b>  |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 98,49  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,45 / 98,54  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 295 / 285  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 96,61  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 93,87 / 98,15  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2009</b>   |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |

|   |   |
|---|---|
| Bundesergebnis  | 95,10   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 95,01 / 95,18   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 249 / 221   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 88,76   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 84,23 / 92,10   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | H20   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2013</b>   |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 93,87   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 93,74 / 93,99   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 127 / 117   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 92,13   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 86,11 / 95,67   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert   |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt</b>  |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2028</b>  |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA   | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 95,56  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | $\geq 95,00$ %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 95,47 / 95,66  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)   | 203 / 188  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 92,61  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 88,17 / 95,47  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr   | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen<br>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>   |
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>2006</b>  |
| Leistungsbereich  | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses   | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 98,54  |
| Referenzbereich (bundesweit)  |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,49 / 98,58  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 291 / 281  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 96,56  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 93,79 / 98,12  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            |  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2007</b>  |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses  | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 97,25  |
| Referenzbereich (bundesweit)  |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,91 / 97,56  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 4 / 4  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 100,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 51,01 / 100,00   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            |  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>50722</b>   |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 96,49  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,42 / 96,55  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 288 / 277  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 96,18  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 93,29 / 97,85  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert  |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>50778</b>  |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,06  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 1,58 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,05 / 1,07   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 295 / 40 / 48,46  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,83  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,62 / 1,09   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**
**Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)**
**Kennzahl-ID**
**54029**

Leistungsbereich

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

Typ des Ergebnisses

QI

|   |  |
|---|--|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 1,27   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 4,50 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,18 / 1,36  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 68 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 5,35  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54040</b>   |
| Leistungsbereich   | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |

|   |  |
|---|--|
| Bundesergebnis  | 0,91   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 4,28 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,83 / 0,99  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 68 / 0 / 0,60  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 6,08  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54042</b>   |
| Leistungsbereich   | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 0,98   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,17 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,96 / 1,01  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 68 / 8 / 6,63  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,21   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,62 / 2,21  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54046</b>  |
| Leistungsbereich   | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,03  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | ≤ 2,07 (90. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,00 / 1,07   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 68 / 5 / 3,10   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,61  |

|  |  |
|--|--|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                  | 0,70 / 3,52  |
| Ergebnis im Berichtsjahr                         | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr            | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                         | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>  |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>54050</b>  |
| Leistungsbereich          | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses       | QI  |

|   |  |
|---|--|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 95,34  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 85,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 95,16 / 95,52  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 62 / 62  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 100,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 94,17 / 100,00   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54030</b>  |
| Leistungsbereich   | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 14,12   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 15,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 13,85 / 14,40   |



|  |  |
|--|--|
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 68 / 9   |
| Rechnerisches Ergebnis                             | 13,24  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                    | 7,12 / 23,28   |
| Ergebnis im Berichtsjahr                           | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                           | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54033</b>   |
| Leistungsbereich   | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 1,03   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,24 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,01 / 1,05  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 48 / 9 / 9,41  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,96   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,52 / 1,63  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**

**Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)**

**Kennzahl-ID**
**52330**

Leistungsbereich

Operative Behandlung von Brustkrebs

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden

QSKH, QS-Planung

Regelungen des G-BA

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

|   |   |
|---|---|
| Einheit   | %   |
| Bundesergebnis  | 99,27   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 99,14 / 99,38   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 63 / 63   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 100,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 94,25 / 100,00  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/</a>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

**Qualitätsindikator**

**Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)**

| Kennzahl-ID   | 2163   |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Operative Behandlung von Brustkrebs  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH, QS-Planung   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 0,09   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel-Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,04 / 0,19  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 12 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 24,25   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsverfahren soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/</a>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)</b>   |
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>50719</b>   |
| Leistungsbereich  | Operative Behandlung von Brustkrebs  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 6,03   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 8,20 % (80. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 5,42 / 6,71  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 8 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 32,44   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>51370</b>   |
| Leistungsbereich          | Operative Behandlung von Brustkrebs  |
| Typ des Ergebnisses       | QI   |

|  |   |
|--|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 4,01  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 16,36 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 3,85 / 4,17   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 113 / 14  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 12,39   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 7,53 / 19,73  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | <p>Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51846</b>  |
| Leistungsbereich   | Operative Behandlung von Brustkrebs   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 97,46   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %  |

|   |  |
|---|--|
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 97,34 / 97,57  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 144 / 136  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 94,44  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 89,42 / 97,16  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| Qualitätsindikator   | Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an) |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51847</b>   |
| Leistungsbereich   | Operative Behandlung von Brustkrebs  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 96,44  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,23 / 96,63  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 66 / 63  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 95,45  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 87,47 / 98,44  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52268</b>   |
| Leistungsbereich   | Operative Behandlung von Brustkrebs  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 13,12  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | Nicht definiert  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 12,86 / 13,38  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 132 / 25   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 18,94  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 13,17 / 26,47  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | N02  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |



Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52279</b>   |
| Leistungsbereich   | Operative Behandlung von Brustkrebs  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 97,94  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 97,76 / 98,10  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 8 / 8  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 67,56 / 100,00   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stimmnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**

**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**  
**52009**

**Kennzahl-ID**

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

QI

|   |  |
|---|--|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   |  |
| Bundesergebnis  | 1,06   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,31 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,05 / 1,07  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 11876 / 45 / 52,85   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,85   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,64 / 1,14  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)</b>   |
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>52010</b>   |
| Leistungsbereich  | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen   |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 0,01   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel-Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,01 / 0,01  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 11876 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 0,03  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>11724</b>  |

|  |  |
|--|--|
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | Tkez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 1,00   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,90 / 1,11  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 40 / 0 / 0,38  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 9,31  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | <p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a>. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51445</b>  |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Kerotis)   |
| Typ des Ergebnisses  | TKez  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,71  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,28 / 2,29   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51437</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 98,51  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,02 / 98,88  |
| 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51443</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 99,51  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 99,12 / 99,72  |
| 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51448</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Kerotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 1,95   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,03 / 3,67  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51859</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | Tkez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 3,03   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 2,70 / 3,40  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 9 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 29,91   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51865</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 1,00   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,87 / 1,15  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

**Qualitätsindikator**

**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

**Kennzahl-ID**

**51860**

## Leistungsbereich

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

## Typ des Ergebnisses

TKez

|   |   |
|---|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein  |
| Einheit   | %   |
| Bundesergebnis  | 3,69  |
| Referenzbereich (bundesweit)  |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 2,98 / 4,55   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |   |
| Rechnerisches Ergebnis  |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            |   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52240</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |

|   |  |
|---|--|
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 6,60   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel-Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 3,90 / 10,96   |
| 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  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51873</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |

|   |  |
|---|--|
| Einheit   |  |
| Bundesergebnis  | 1,00   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 3,03 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,89 / 1,12  |
| 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>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

**Qualitätsindikator**

**Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht**

| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>603</b>   |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 98,96  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,78 / 99,11  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 28 / 28  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 100,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 87,94 / 100,00   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>604</b>  |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |



|   |  |
|---|--|
| Bundesergebnis  | 99,80  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 99,68 / 99,87  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 9 / 9  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 100,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 70,09 / 100,00   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>606</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | Tkez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 2,74   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 2,08 / 3,59  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>605</b>   |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)  |
| Typ des Ergebnisses  | Tkez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 1,23   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,05 / 1,44  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 27 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 12,46   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>11704</b>  |
| Leistungsbereich   | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,00  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,99 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,92 / 1,08   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 40 / 0 / 0,71   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 4,92   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Haus Selb]

| Qualitätsindikator   | Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52307</b>   |
| Leistungsbereich   | Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 98,12  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,02 / 98,22  |

|  |   |
|--|---|
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 54 / 54   |
| Rechnerisches Ergebnis                             | 100,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                    | 93,36 / 100,00  |
| Ergebnis im Berichtsjahr                           | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr   | unverändert   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                           | 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 einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, 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. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51404</b>  |
| Leistungsbereich   | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 0,97  |

|   |  |
|---|--|
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,03 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,84 / 1,11  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 65,57   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>52315</b>   |
| Leistungsbereich          | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers   |

|   |  |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 1,08   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 3,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,87 / 1,34  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |  |
| Rechnerisches Ergebnis  |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54143</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,57  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 10,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,48 / 1,66   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 14 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 21,53  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |

|   |   |
|---|---|
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

| Qualitätsindikator   | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52305</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 95,74   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 95,66 / 95,81   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 50 / 46   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 92,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 81,16 / 96,85   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert   |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52311</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 1,44  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,36 / 1,53   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 14 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 21,53  |

|   |  |
|---|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| Qualitätsindikator   | Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54140</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 98,55  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,46 / 98,64  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 14 / 13  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 92,86  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 68,53 / 98,73  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert  |

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54141</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | Tkez  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 96,85   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,72 / 96,98   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 14 / 13   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 92,86   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 68,53 / 98,73   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54142</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | TKez  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 0,13  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,11 / 0,16   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 14 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 21,53  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

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

| Qualitätsindikator   | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2194</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,02  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,67 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,98 / 1,05   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,64  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,09 / 7,21   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

|  |   |
|--|---|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr<br>Fachlicher Hinweis IQTIG | eingeschränkt/nicht vergleichbar<br>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, 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                                      |   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>2195</b>  |
| Leistungsbereich          | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers   |
| Typ des Ergebnisses       | QI   |

|   |   |
|---|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | ja  |
| Einheit   |   |
| Bundesergebnis  | 1,06  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,88 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,93 / 1,19   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 14 / 0 / 0,05   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 74,31  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, 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.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51191</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,10  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 4,02 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,04 / 1,17   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 11,28   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 2,01 / 49,68  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator   | Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde) |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52139</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 89,25   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 60,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 89,04 / 89,45   |

|   |  |
|---|--|
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 32 / 32  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 100,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 89,28 / 100,00   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52316</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 96,27   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,13 / 96,40   |
| 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

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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 Standortebeine besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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

| Qualitätsindikator   | Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)  |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52325</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 0,82  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,71 / 0,94   |
| 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  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>50005</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen                    |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 96,52  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,28 / 96,75  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>50055</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen     |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 92,10   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | $\geq 90,00$ %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 91,75 / 92,43   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | U32   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>51186</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen   |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 0,94  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 6,75 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,81 / 1,10   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 68,34  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52131</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen                         |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 91,70   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 60,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 91,40 / 92,00   |

|   |  |
|---|--|
| 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54013</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 0,21  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | Sentinel-Event  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,19 / 0,23   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 84 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 4,37   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54016</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 1,51   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | ≤ 5,72 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,46 / 1,57  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 75 / 0   |

|   |  |
|---|--|
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 4,87  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>10271</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,10  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,12 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,06 / 1,14   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 63 / 0 / 0,76   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |

|   |  |
|---|--|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 4,87  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)</b>  |
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>54017</b>  |
| Leistungsbereich  | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses   | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein  |
| Einheit   | %   |
| Bundesergebnis  | 6,18  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 15,15 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 5,84 / 6,54   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |   |
| Rechnerisches Ergebnis  |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht</b> |
|---------------------------|--|

| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>54001</b>   |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 97,13  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 97,05 / 97,20  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 75 / 70  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 93,33  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 85,32 / 97,12  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54002</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 92,36   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 86,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 91,99 / 92,72   |

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**

**Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)**  
**54018**

**Kennzahl-ID**

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

4,62

Referenzbereich (bundesweit)

&lt;= 11,41 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)

4,45 / 4,79

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

14 / 0

Rechnerisches Ergebnis

0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 / 21,53

Ergebnis im Berichtsjahr

R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | <b>Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54019</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 2,35   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 7,50 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 2,28 / 2,42  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54003</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 13,75  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 15,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 13,48 / 14,03  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54004</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks                                  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 95,81   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 85,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 95,72 / 95,90   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 69 / 59   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 85,51   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 75,34 / 91,93   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54010</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | TKez  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 98,10   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,03 / 98,16   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 75 / 74   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 98,67   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 92,83 / 99,76   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

| Qualitätsindikator   | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54012</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  |   |
| Bundesergebnis   | 1,00  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,40 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,98 / 1,02   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 12 / 0 / 0,85   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 3,40   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54127</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 0,04   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | Sentinel-Event   |

|   |   |
|---|---|
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,03 / 0,05   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 58 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 6,21   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54128</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 99,79   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 98,54 % (5. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 99,76 / 99,81   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 87 / 87   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 96,62 / 100,00  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |

|   |  |
|---|--|
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54028</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 0,89   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,79 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,83 / 0,95  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 15,77  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 2,82 / 61,75   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54123</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 1,40   |

|   |   |
|---|---|
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,00 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,35 / 1,46   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 81 / 0  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 4,53   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54124</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 1,05   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 3,89 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,00 / 1,10  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 82 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 4,48  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |



|   |  |
|---|--|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54125</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 4,59   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 13,33 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 4,25 / 4,96  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54021</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 96,43  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,17 / 96,68  |
| 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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>50481</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 3,24   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 10,37 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 2,95 / 3,55  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| Qualitätsindikator   | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54020</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 97,82  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 97,75 / 97,90  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 82 / 76  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 92,68  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 84,94 / 96,60  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert  |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54022</b>  |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 93,31   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | $\geq 86,00$ %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 92,87 / 93,72   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |   |
| Rechnerisches Ergebnis   |   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54026</b>   |
| Leistungsbereich   | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks   |
| Typ des Ergebnisses  | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 92,92  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 92,79 / 93,04  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 82 / 79  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 96,34  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 89,79 / 98,75  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2005</b>   |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 98,49   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,45 / 98,54   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 153 / 150   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 98,04   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 94,39 / 99,33   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert   |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>   |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2007</b>  |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses  | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 97,25  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,91 / 97,56  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 |  |
| Rechnerisches Ergebnis   |  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    |  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . |



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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) 2009</b>  |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2009</b>   |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 95,10   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 95,01 / 95,18   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 142 / 123   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 86,62   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 80,05 / 91,26   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | H20   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein. |

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

| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben</b> |
|---------------------------|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>2013</b>   |

|   |  |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 93,87  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 93,74 / 93,99  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 68 / 63  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 92,65  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 83,91 / 96,82  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2028</b>   |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde  |
| Typ des Ergebnisses  | QI  |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH  |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein  |
| Einheit  | %   |
| Bundesergebnis   | 95,56   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 95,47 / 95,66   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 106 / 87  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 82,08   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 73,69 / 88,21   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | A41   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert   |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>   |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>2006</b>  |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses  | TKez   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 98,54  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       |  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 98,49 / 98,58  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 150 / 147  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 98,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 94,29 / 99,32  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   |  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              |  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   |  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> . |

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

| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>   |
|--|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>50722</b>   |
| Leistungsbereich   | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 96,49  |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 96,42 / 96,55  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 150 / 129  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 86,00  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 79,54 / 90,66  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | A41  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | verschlechtert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | verschlechtert   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

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

| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
|---------------------------|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>50778</b>  |
| Leistungsbereich          | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde  |
| Typ des Ergebnisses       | QI  |

|   |  |
|---|--|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   |  |
| Bundesergebnis  | 1,06   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 1,58 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,05 / 1,07  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 153 / 24 / 20,72   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 1,16   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,80 / 1,65  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>   |
|---|--|
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>54050</b>   |
| Leistungsbereich  | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 95,34  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 85,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 95,16 / 95,52  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 19 / 17  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 89,47  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 68,61 / 97,06  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden</b> |
|---------------------------|---|
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>54030</b>  |

|   |  |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 14,12  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 15,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 13,85 / 14,40  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 22 / 6   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 27,27  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 13,15 / 48,15  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | H20  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54033</b>   |
| Leistungsbereich   | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |

|   |   |
|---|---|
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein  |
| Einheit   |   |
| Bundesergebnis  | 1,03  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,24 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,01 / 1,05   |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,31  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,06 / 1,44   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann.</p> <p>Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |   |



|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>54040</b>   |
| Leistungsbereich   | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Einheit          | nein   |
| Bundesergebnis   | 0,91   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 4,28 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,83 / 0,99  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 22 / 0 / 0,19  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 17,19   |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

**Qualitätsindikator**

**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Kennzahl-ID**
**54042**

|   |  |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   |  |
| Bundesergebnis  | 0,98   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,17 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,96 / 1,01  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,90   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,25 / 2,76  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>   | <b>Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)</b>  |
| <b>Kennzahl-ID</b>  | <b>54029</b>   |
| Leistungsbereich  | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   | %  |
| Bundesergebnis  | 1,27   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 4,50 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,18 / 1,36  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          | 22 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 / 14,87   |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     |  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Qualitätsindikator</b> | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>        | <b>54046</b>  |

|   |  |
|---|--|
| Leistungsbereich  | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  |
| Typ des Ergebnisses   | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA          | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                           | nein   |
| Einheit   |  |
| Bundesergebnis  | 1,03   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,07 (90. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,00 / 1,07  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                          |  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 1,19   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,21 / 5,68  |
| Ergebnis im Berichtsjahr  | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                            | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen |  |

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)</b>   |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52010</b>   |
| Leistungsbereich   | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  | %  |
| Bundesergebnis   | 0,01   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | Sentinel-Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 0,01 / 0,01  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 4291 / 0   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,00 / 0,09  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | unverändert  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.

Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

|  |  |
|--|--|
| <b>Qualitätsindikator</b>  | <b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b> |
| <b>Kennzahl-ID</b>   | <b>52009</b>   |
| Leistungsbereich   | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen   |
| Typ des Ergebnisses  | QI   |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH   |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                  | nein   |
| Einheit  |  |
| Bundesergebnis   | 1,06   |
| Referenzbereich (bundesweit)                                       | <= 2,31 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)                                     | 1,05 / 1,07  |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)                 | 4291 / 10 / 18,74  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,53   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)                                    | 0,29 / 0,98  |
| Ergebnis im Berichtsjahr   | R10  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                              | unverändert  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

| Bundesland | Leistungsbereich | nimmt teil | Kommentar / Erläuterung |
|------------|------------------|------------|-------------------------|
| Bayern     | Schlaganfall     | Ja         |                         |

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

trifft nicht zu / entfällt



## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

### Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Diabetologie

Bezeichnung des Qualitätsindikators: landesweiter Datenvergleich von Diabetespatienten (DPV)

Ergebnis: 2x jährlich vergleichende Auswertung

Messzeitraum: kontinuierlich

Datenerhebung:

Rechenregeln:

Referenzbereiche: Bundesstatistik

Vergleichswerte:

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

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

### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| Leistungsbereich              | Mindestmenge | Erbrachte Menge | Ausnahmetatbestand    | Kommentar/Erläuterung |
|-------------------------------|--------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50           | 83              | Keine Ausnahme (MM05) |                       |

### C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Leistungsbereich  | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Gesamtergebnis der Prognosedarlegung  | ja                            |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge  | 83                            |
| die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 78                            |
| Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen   | ja                            |
| Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)   | Nein                          |
| Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden   | Nein                          |
| Übergangsregelung   | Nein                          |

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

| Nr.  | Vereinbarung bzw. Richtlinie  | Kommentar/Erläuterung |
|------|---|-----------------------|
| CQ10 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziiierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk |                       |

### Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

## 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) | 65 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt   | 11 |

---

Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben

9

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