

Strukturierter Qualitätsbericht

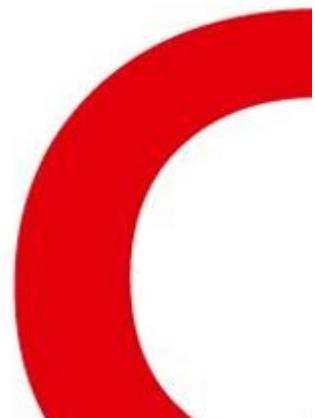
gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3
SGB V über das

Berichtsjahr 2020



Klinikum St. Georg gGmbH

**Standort Grünau
Nikolai-Rumjanzew-Str.100**



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-9 Anzahl der Betten	8
A-10 Gesamtfallzahlen	8
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-13 Besondere apparative Ausstattung	20
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	20
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	22
B-[1] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	22
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	22
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	24
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	25
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD	25
B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	26
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	26
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	27
B-[1].11 Personelle Ausstattung	28
B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen	28
B-[1].11.2 Pflegepersonal	29
B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	30
B-[2] Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin	31
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	31
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	32
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD	32
B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	33
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	33
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	34
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	35
B-[2].11 Personelle Ausstattung	35
B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen	35
B-[2].11.2 Pflegepersonal	35
B-[3] Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie	37
B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	37
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	38
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	38
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[3].11 Personelle Ausstattung	39

B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	40
B-[3].11.2	Pflegepersonal	40
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	41
B-[4]	Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik	42
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	42
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	44
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	45
B-[4].11	Personelle Ausstattung	45
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	45
B-[4].11.2	Pflegepersonal	46
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	47
B-[5]	Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie	48
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	48
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	48
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	48
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	49
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	49
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[5].11	Personelle Ausstattung	51
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	51
B-[5].11.2	Pflegepersonal	52
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	53
B-[6]	Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin	54
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	54
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	55
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	55
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	55
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	56
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	57
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	58
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	58
B-[6].11	Personelle Ausstattung	58
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	58
B-[6].11.2	Pflegepersonal	59
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	60
C	Qualitätssicherung	61
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	61
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	104
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	105
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	105
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	105

Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Qualitätsbericht für das Jahr 2020. Wir informieren Sie in der üblichen Form über die Struktur- und Leistungsdaten. Bitte beachten Sie, dass aufgrund der Coronavirus-Pandemie diese nur beschränkt mit dem Vorjahr vergleichbar sind.

Für uns alle war das vergangene Jahr äußerst herausfordernd. Gezeichnet von vielen Veränderungen und Einschränkungen im beruflichen, wie auch im privaten Bereich, musste flexibel auf die neuen Lebensumstände reagiert werden. Diese Veränderungen waren vor allem im klinischen Alltag der Krankenhäuser spürbar. Ein Großteil an Intensivbetten war für COVID-19-Erkrankte reserviert, zeitweise musste das OP-Programm angepasst und das Personal umgesetzt werden. Nur so war es möglich, die Versorgung der schwersterkrankten Patienten zu gewährleisten. Durch die hohe Expertise unserer Infektiologen, zählt das Klinikum St. Georg zu den Hauptversorgern der Stadt Leipzig und berät zudem das Gesundheitsamt Leipzig und umliegende Krankenhäuser. Vergangenes Jahr haben wir als Unternehmen ein außerordentlich hohes Engagement, und mit großem persönlichem Einsatz jedes einzelnen Beschäftigten, einen wichtigen Beitrag zur Pandemiebekämpfung geleistet. Wir als Geschäftsführung sind stolz auf die Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und bedanken uns an der Stelle.

Ungeachtet dieser besonderen Umstände investieren wir in den kommenden Jahren in die Modernisierung des Klinikums. Das neue Ambulanzgebäude steht kurz vor seiner Fertigstellung und die Planungen für das größte Bauvorhaben des Klinikums, der Zentralbau II, sind fast abgeschlossen. Unser Ziel ist, dass sich unsere Patientinnen, Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Klinikum wohlfühlen. Die zunehmend technologiebasierte Behandlung von Erkrankungen wird dabei gekoppelt mit funktionalen Gebäuden, sensiblem Umgang mit denkmalgeschützter Bausubstanz, großzügige Grünanlagen, guter Erreichbarkeit und einem hervorragenden Service.

Jederzeit können Sie sich auf unserer Homepage (www.sanktgeorg.de) über aktuelle Angebote, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen informieren. Dort haben Sie auch die Möglichkeit, Lob oder Kritik zu äußern. Unterstützen Sie uns mit Hinweisen und Vorschlägen!

Herzlichen Dank für Ihr entgegengebrachtes Interesse und Vertrauen.

Ihre

Dr. Iris Minde
Geschäftsführerin

Claudia Pfefferle
Geschäftsführerin

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Michael Müller, Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung
Telefon:	0341 909 3100
Fax:	0341 909 1474
E-Mail:	michael.mueller@sanktgeorg.de

Verantwortlicher: **Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung**

Name/Funktion:	Dr. Iris Minde; Claudia Pfefferle, Geschäftsführung
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	https://www.sanktgeorg.de/home.html
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	https://www.sanktgeorg.de/partner-einweiser/qualitaet-und-hygiene/qualitaetsberichte.html

Weiterführende Links:

	URL	Beschreibung
1	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute.html	Überblick über die interdisziplinären Behandlungszentren der Klinikum St. Georg gGmbH
2	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen.html	Überblick über die Kliniken und Abteilungen der Klinikum St. Georg gGmbH und des Fachkrankenhauses Hubertusburg gGmbH

Datum der Erstellung des Berichts	13.11.2021
Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML	3M Medica - 3M Deutschland GmbH Health Information Systems
Verwendete Software mit Versionsangabe	3M Qualitätsbericht Version 2021.3.0

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts**A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

Name:	Klinikum St. Georg gGmbH
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
Straße:	Delitzscher Str.
Hausnummer:	141
IK-Nummer:	261400530
Standort-Nummer alt:	02
Standort-Nummer:	772886000
Telefon-Vorwahl:	0341
Telefon:	9090
E-Mail:	info@sanktgeorg.de
Krankenhaus-URL:	https://www.sanktgeorg.de/home.html

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. Iris Minde, Geschäftsführerin
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Claudia Pfefferle, Geschäftsführerin /Arbeitsdirektorin
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Amir Hamza, Leitender Chefarzt
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Raghad Alsaloum, Pflegezentrenübergreifende Pflegedienstleitung
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen	
1	261400530

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers: Stadt Leipzig

Träger-Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1 Universität Leipzig

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Akupressur Leistung der Physiotherapie
2	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare Anleitung/Beratung in Zusammenarbeit mit der AOK; Beratungsgespräche durch Mitarbeiter der Pflegeüberleitung und des Sozialdienstes
3	Atemgymnastik/-therapie auf ärztliche Anordnung
4	Basale Stimulation Geriatric
5	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
6	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden Betreuung durch Krankenhausseelsorge (evangelisch und katholisch), Ethikkomitee
7	Sporttherapie/Bewegungstherapie verschiedene Gruppentherapien (z.B. Schmerztherapie, Adipositas); Herzsport über Kooperationspartner
8	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) für Erwachsene durch zertifizierte Therapeuten
9	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
10	Diät- und Ernährungsberatung über Diätassistenten und Spezialsprechstunde bspw. bei folgenden Diagnosen Adipositas, Gastrektomie, Dialyse, Allergien, chron. entzündl. Darmerkrankung, Fettstoffwechselstörung, Mangelernährung, Dünndarmresktion, Stomapatienten, Divertikulitis, Tumorerkrankung
11	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
12	Ergotherapie/Arbeitstherapie
13	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
	Bereichspflege auf allen Stationen, Case Management durch speziell geschulte Pflegekräfte im Sinne der Fallsteuerung
14	Fußreflexzonenmassage durch zertifizierte Therapeuten
15	Kinästhetik
16	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung spezielle Beckenbodengymnastik
17	Manuelle Lymphdrainage
18	Massage verschiedene Massageformen
19	Medizinische Fußpflege auf Anforderung durch Stationsleitung
20	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie Kinderklinik
21	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie Manualtherapie durch zertifizierte Therapeuten
22	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
23	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse Betriebssportverein
24	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
25	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik Kursangebote in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen; Betriebssportverein
26	Schmerztherapie/-management spezielle Behandlungsangebote im Schmerzzentrum des Klinikums
27	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen AOK Projekt Angehörigenberatung, Schulung z.B. zur Lagerung/Mobilisation, Sturzprophylaxe, Ernährung
28	Spezielle Entspannungstherapie Betriebssportverein
29	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot Brustschwester, Onkolotse, Fachkrankenschwester - Onkologie
30	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
31	Stomatherapie/-beratung
32	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik auf Anforderung der Stationsleitung
33	Wärme- und Kälteanwendungen Pelosepackung oder heiße Rolle als Wärmeanwendung, Kältetherapie mit Kaltluftgerät
34	Wundmanagement Versorgung/Beratung/Anleitung durch Wundtherapeutin
35	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Haus Leben, Ilco (Stoma - Selbsthilfegruppe)
36	Aromapflege/-therapie beruhigende/belebende Waschungen, Aromatherapie in der Palliativpflege - gezielter Einsatz von Pflanzenessenzen (ätherische Öle) zur Beseitigung von Beschwerden und Krankheiten sowie zur Verbesserung des Wohlbefindens
37	Asthmaschulung
38	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung im Rahmen der Ergotherapie

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
39	Biofeedback-Therapie Entspannungsverfahren - Einstellungs- und Verhaltensänderung durch die Psychologische Schmerztherapie
40	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining durch Ergotherapeuten
41	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) durch zertifizierte Therapeuten
42	Snoezelen
43	Sozialdienst
44	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Kochkurse für Adipositaspatienten und Krebspatienten , Vorträge im Haus Leben in Leipzig und Delitzsch, Kostenlose Vorträge in der Stadtbibliothek mit anschließender Dialogrunde, Zusammenarbeit mit LVZ und MDR
45	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien Geburtsvorbereitungskurse, Hebammensprechstunde, Elternschule, Geschwisterkurse, Großelternkurs, Vätersprechstunde, Krabbegruppe
46	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege Zusammenarbeit mit Städtischen Altenpflegeeinrichtungen, ambulanter Pflegedienst St. Georg, Kurzzeitpflege St. Georg
47	Eigenblutspende Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Ein-Bett-Zimmer
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Zwei-Bett-Zimmer
4	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
5	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
6	Seelsorge/spirituelle Begleitung
7	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
8	Kinderbetreuung
9	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
10	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
11	Abschiedsraum
12	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Roland Dittmann, Schwerbehindertenvertreter
Telefon:	0341 909 4061
Fax:	0341 909 1437
E-Mail:	roland.dittmann@sanktgeorg.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/ Brailleschrift
2	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung Sozialdienst und Schwestern mit spezieller geriatrischer Schulung
7	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) 2 Schwerlastbetten vorhanden, Bettverlängerungen jederzeit möglich, bei größerem Bedarf werden zusätzlich adäquate Mietbetten beschafft
8	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße MRT 150 kg/ CT 200 kg/ Röntgenaufnahme 190 kg/ Uro - Durchleuchtung 340 kg
9	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
10	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
11	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
12	Allergenarme Zimmer
13	Diätetische Angebote
14	Dolmetscherdienst über die Zentrale Patientenaufnahme bei Bedarf anzufordern, kostenpflichtig
15	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal zum Teil
16	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung Raum der Stille
17	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
18	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
19	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
20	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
21	Aufzug mit visueller Anzeige
22	Kommunikationshilfen
23	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten nähere Informationen im Kapitel B
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) nähere Informationen im Kapitel B
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten nähere Informationen im Kapitel B
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien nähere Informationen im Kapitel B
5	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien nähere Informationen im Kapitel B
6	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien nähere Informationen im Kapitel B
7	Doktorandenbetreuung nähere Informationen im Kapitel B

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin Die Ausbildung beginnt am 1. September und am 1. März und dauert drei Jahre. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung. Seit 01.01.2020 bieten wir die neue Ausbildung zur/m Pflegefachfrau/ Pflegefachmann an.
2	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin Das Ziel der zweijährigen Ausbildung besteht im Erwerb der für die Tätigkeit einer Krankenpflegehelferin/ eines Krankenpflegehelfers erforderlichen Kompetenzen, um den vielfältigen Anforderungen des komplexen pflegerischen Handlungsfeldes gerecht zu werden.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 188

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 5568

Teilstationäre Fallzahl: 248

Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 42,01 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 42,01 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 42,01

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 21,19

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 21,19 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 21,19

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 83,48

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 83,48 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 83,48

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

Gesamt: 10,21

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 10,21 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 10,21

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,13

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,13 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 2,13

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 5,66

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5,66	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	5,66

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

Gesamt:	1,90			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	1,90
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,90

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt:	2,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,00

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

Gesamt:	1,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,00

Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt:	2,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,00	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,00

Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt:	0,82			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,82	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,82

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Michael Müller, Leiter GB Unternehmensentwicklung
Telefon:	0341 909 3100
Fax:	0341 909 1474
E-Mail:	michael.mueller@sanktgeorg.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Nein
---	------

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Qualitätsmanagement, Ärztlicher Deinst, Pflegedienst, Krankenhaushygiene
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher, z.B. Lungenkrebszentrum Letzte Aktualisierung: 11.08.2019
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 08.01.2014
4	Schmerzmanagement Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
5	Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 18.09.2017

Instrument bzw. Maßnahme	
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard: Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 15.04.2014
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinische Richtlinie: Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 09.01.2020
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 06.01.2018
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 06.01.2018
13	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 06.01.2018
14	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Markierung des Operationsfeldes-Vermeidung von Eingriffsverwechslungen Letzte Aktualisierung: 08.01.2014
15	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 06.01.2018

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input type="checkbox"/>	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 10.01.2015
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Intervall: monatlich
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Intervall: bei Bedarf

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet: Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: Verfahrensanweisungen für das Klinikum: Notfallmanagement, Patientenidentifikation, Vermeidung Eingriffsverwechslungen, Patientensicherheit im OP, Einführung einer OP- Checkliste (WHO), externe Überprüfung durch Gesellschaft für Risikoberatung und BBVL GmbH

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem: Ja

Genutzte Systeme:

	Bezeichnung
1	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: halbjährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	3

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission: quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion: Prof. Dr. med. Amir Hamza, Vorsitzender

Telefon: 0341 909 2750

Fax: 0341 909 2775

E-Mail: kitn@sanktgeorg.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Teilweise
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja

	Option	Auswahl
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbra wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag): 36

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Intensivstationen: Ja

Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag): 233

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	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)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) Details: Teilnahme (ohne Zertifikat) Jeweils am 05. Mai führt das Klinikum einen Aktionstag zur Händedesinfektion durch.
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
5	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: 1. ADKA-if-DGI-Projekt 2. Surveillance von Daten zum Antibiotikaverbrauch in Krankenhäusern des Freistaates Sachsen

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

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion: Sophie Wagner, Lob- und Beschwerdestelle

Telefon: 0341 909 4400

Fax: 0341 909 1501

E-Mail: patientenecho@sanktgeorg.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion: Prof. Dr. med. Arved Weimann, Patientenfürsprecher

Telefon: 0341 909 2201

Fax:

E-Mail: arved.weimann@sanktgeorg.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion: Dr.rer.nat. Maïke Fedders, Leitung Krankenhausapotheke

Telefon: 0341 909 1200

Fax: 0341 909 1203

E-Mail: apotheke@sanktgeorg.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 8

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 10

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.

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
3	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
4	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Arzneimittelanamnese Letzte Aktualisierung: 14.02.2019
5	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input checked="" type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Nein
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Nein
5	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Nein
6	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
7	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
8	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein
9	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
10	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
11	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
12	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Nein
13	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	
14	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Nein
15	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
16	Radiofrequenzablation (RFA) und/ oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
17	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Nein
18	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Nein

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erläuterungen:	§25 Modul Notfallversorgung Modul Kinder gemäß der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Teilnahme Spezielle Notfallversorgung - Modul Kinder (Stufe 1)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen**B-[1] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin****B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Straße:	Nikolai-Rumjanzew-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	04207
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kardiologie-angiologie-und-internistische-intensivmedizin.html

Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin: Chefarzt Dr. med. Christian Geyer
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin: Chefärztin Dr. med. Marlen Zurek
 Direktor IDCL (ImmunDefektCentrum Leipzig): Prof. Dr. med. habil. Michael Borte
 Pflegedienstleiter: Kathrin Schaaf

Bestandteil der Klinik sind die Allgemeine Pädiatrie, die Ambulanz, die Interdisziplinäre Kinderintensivtherapiestation, die Neonatologie (Level 1) und die Pädiatrische Rheumatologie, Immunologie und Infektiologie als besonders zu erwähnender Kompetenzbereich. Behandlungsschwerpunkte sind insbesondere auch die Nephrologie, die Gastroenterologie sowie die Pulmologie und Neuropädiatrie. Eine wichtige klinische Aufgabe ist die Notfallmedizin. Es besteht eine 24h Akutversorgung ambulant vorgestellter Kinder und Jugendlicher bei Unfällen, Erkrankungen mit Atemnot, Fieber, Erbrechen, Hirnhautentzündungen, Durchfall, Stoffwechsellentgleisungen und Vergiftungen.

Das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin verfügt über insgesamt 83 Betten. Kinder und Jugendliche aus den operativen Bereichen (Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinik für Plastische- und Handchirurgie) werden in der Kinderklinik mitbetreut. Zum modernen patientenfreundlichen Kinderkrankenhaus gehören die Möglichkeit zur Mitaufnahme von Eltern und das Aufheben aller Besuchseinschränkungen.

Die Kinder und Jugendlichen sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau. Die Stationen haben großzügige Aufenthalts- und Spielräume und sind mit WLAN ausgestattet.

Die Versorgung der Kinder und Jugendlichen während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an.

- Kinder-Notfallambulanz am Standort Eutritzsch: Etwa die Hälfte aller stationär betreuten Patienten der Klinik für Kinder - und Jugendmedizin wird über diese Notfallsprechstunde eingewiesen.
- Allgemeinpädiatrische Sprechstunde (Kinderärztin mit Subspezialisierung für pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Umweltmedizin)
- Gemeinsame Studienambulanz mit dem Umweltforschungszentrum Leipzig - Halle GmbH.
- Die Pädiatrische Spezialambulanzen:
 - Nephrologie: Frau OÄ Dr. med. Wygoda, Leiterin der KfH-Kinderdialyse, zertifizierte Kindernefrologin.

- Gastroenterologie: Frau CÄ Dr. med. Zurek, zertifizierte Kindergastroenterologen mit Sprechstunde "Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung". Parallel zur gastroenterologischen Spezialsprechstunde wurde eine pädiatrische gastroenterologische Endoskopie im Haus 20 etabliert.
- ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg, Direktor: Prof. Dr. med. habil. Borte, Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit primären Immundefekten

In der kooperierenden Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH (einem Tochterunternehmen der Klinikum St. Georg gGmbH) in Wernsdorf (Kommissarische Chefärztin Dr. med. Birgitt Meier) werden neben akut-pädiatrischen Krankheitsbildern besonders Patienten mit psychosomatischen Problemen behandelt. Dadurch können auch Leipziger Patienten entsprechende Betreuungsformen angeboten werden.

Es bestehen enge Kooperationen mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Leipzig, welches ebenfalls auf dem Krankenhausgelände in der Delitzscher Straße ansässig ist.

An dieser Stelle ist der Schwerpunkt Pädiatrische Rheumatologie, Immunologie und Infektiologie besonders zu erwähnen. Hier werden Kinder und Jugendliche mit rheumatischen Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Immundefekterkrankungen und infektiologischen Problemen behandelt.

Im Einzelnen gliedert sich dieses Leistungsspektrum in folgende Aufgabenbereiche:

- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis (juvenile idiopathische Arthritis einschl. aller Sonderformen, infektionsassoziierte Arthritiden, chronische Osteomyelitiden, systemische Autoimmunopathien wie z. B. Lupus erythematodes, Dermatomyositis, Sklerodermie, Mischkollagenosen, Vaskulitiden wie z. B. Kawasaki-Syndrom, Morbus Schoenlein- Henoch).
- Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Immundefekten (B - Zell - Defekte: Antikörpermangelsyndrome (z. B. Agammaglobulinämie, variabler Immundefekt (CVID), IgG-Subklassendefekt, IgA-Defekt, Hyper-IgM-Syndrom), T-Zell-Defekte (SCID), kombinierte Immundefekte, Komplementdefekte (z. B. hereditäres Angioödem), Granulozytendefekte (chronische Granulomatose, CGD, LAD I, II, III), Di George-Sequenz, Ataxia teleangiectatica, Wiskott-Aldrich-Syndrom, Hyper-IgE-Syndrom, Hyperinflammationssyndrome (z. B. Cinca, Hyper IgD-Syndrom, FmF) u. v. a.
- Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erworbenem Immundefekt (z.B. HIV-Infektion).
- Diagnostik und Therapie komplizierter Infektionserkrankungen.
- Impfberatung, insbesondere bei Patienten mit spezifischen Risiken (z. B. seltene oder chronische Erkrankungen, Allergien).
- Reisemedizinische Beratung/ Impfungen

Mit einem multiprofessionellen Team können stationäre Komplexbehandlungen für rheumakranke Kinder und Jugendliche durchgeführt werden. Alle Behandlungsstrategien orientieren sich an den Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Immunologie (API), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), der European Society for Infectious Diseases (ESPID), der European Society for Immunodeficiencies (ESID) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (DGKJ). Der Klinik arbeitet dabei im Team mit den niedergelassenen Kinderärzten, Ärzten anderer Fachdisziplinen (Augenärzte, Orthopäden, Dermatologen, Radiologen, Labormediziner) sowie Ergo- und Physiotherapeuten zusammen.

Dabei bietet dieser Schwerpunktbereich neben der akutstationären Versorgung auch ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Das oberste Prinzip ist eine optimale, möglichst wohnortnahe ambulante Versorgung unserer Patienten. Das ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg arbeitet als überregionales Zentrum für die Diagnostik und Therapie von primären und sekundären Immundefekten und ist insbesondere spezialisiert auf die Schulung zur Subkutan-Therapie mit Immunglobulinen bei Patienten mit primären und sekundären Immundefekten, wodurch eine Heimselbstbehandlung ermöglicht wird. Am 13. März 2010 wurde das IDCL am Klinikums St. Georg als "Jeffrey Modell Foundation Diagnostic and Research Center for Primary Immunodeficiencies" eröffnet.

Gern vermittelt die Klinik Ansprechpartner zu den verschiedenen Selbsthilfegruppen, zu

Patientenschulungen oder für eine Teilnahme an klinischen Studien (z. B. zum Einsatz neuer, innovativer Medikamente).

Es bestehen enge Kooperationen mit dem Rheumazentrum am Universitätsklinikum Leipzig e. V., dem Leipziger Fraunhofer Institut für Immunologie und Zelltherapie (IZI), mit dem Leipziger Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung (Umweltforschungszentrum, UFZ) und mit dem Karolinska Institut in Stockholm (Schweden).

In der interdisziplinären Kinderintensivtherapiestation werden Kinder jeder Altersgruppe mit Erkrankungen, die einer Monitorüberwachung bedürfen, und eine intensive medizinische Betreuung von parenteraler Ernährung bis hin zur Atemhilfe oder Beatmung benötigen, medizinisch betreut. Auch auf dieser Station bieten wir in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium für Dialyse die Durchführung einer Peritonealdialyse oder Hämofiltration bei Kindern, die im Rahmen von akuten oder chronischen Grunderkrankungen ein Nierenversagen erleiden an.

Im Rahmen unserer Spezialisierungen werden besonders Patienten mit folgenden Erkrankungen betreut:

- Atemswegerkrankungen (obstruktive Bronchitis, Asthma bronchiale) - Diagnostik auch mit Bronchoskopie und Lungenpunktion möglich
- Infektionen
- Erkrankungen des Zentralnervensystems
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Nierenerkrankungen (Akutdialyse, chronische Dialyse)

Nachbeobachtung von Patienten nach diagnostischen oder operativen Eingriffen aus den Fachbereichen:

- Gastroenterologie (Patienten nach Endoskopien in Narkose)
- Hals-, Nasen- und Ohren-Erkrankungen
- Urologie
- Kinderchirurgie
- Kinderkardiologie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Ebenso nehmen wir Kinder, die eine Heimbeatmung oder ein Heimmonitoring benötigen, in unsere Betreuung auf, um eine Schulung der Eltern und Sicherheit im Umgang mit erforderlichen Geräten zu erreichen.

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Geyer, Zentrumsleiter und Chefarzt Kinderchirurgie
Telefon:	0341 909 3648
Fax:	0341 909 3647
E-Mail:	kinderzentrum@sanktgeorg.de
Adresse:	Nikolai-Rumjanzew-Str. 100
PLZ/Ort:	04207 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zentrum-fuer-kinder-und-jugendmedizin.html

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
2	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
3	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
5	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
6	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
7	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von Allergien
9	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
10	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
12	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
13	Pädiatrische Psychologie
14	Spezialsprechstunde
15	Sozialpädiatrisches Zentrum

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

Vollstationäre Fallzahl: 822

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	89
2	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	44
3	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	32
4	B86	Skabies	24
5	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	21
6	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	20
7	J06.8	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege	19
8	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	17
9	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	16
10	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	15
11	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	14
12	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	12
13	J02.9	Akute Pharyngitis, nicht näher bezeichnet	12
14	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	12
15	B08.2	Exanthema subitum [Sechste Krankheit]	11
16	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	11
17	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	11
18	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	10

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	9
20	J04.0	Akute Laryngitis	8
21	J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	8
22	A08.2	Enteritis durch Adenoviren	8
23	I95.1	Orthostatische Hypotonie	7
24	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	7
25	J02.8	Akute Pharyngitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	7
26	J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale	7
27	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	7
28	J03.0	Streptokokken-Tonsillitis	6
29	A38	Scharlach	6
30	L01.0	Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation]	6

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	91
2	J20	Akute Bronchitis	60
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	55
4	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	35
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	31
6	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	25
7	B86	Skabies	24
8	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	23
9	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	21
10	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	19

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	55
2	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	50
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	23
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	18
5	8-191.10	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad	18
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	11
7	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	8
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	7
9	8-971.0	Multimodale dermatologische Komplexbehandlung: Ganzkörper-Dermatotherapie (mindestens 2 x tägl.)	7
10	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	6
11	8-903	(Analgo-)Sedierung	6

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
12	8-310.x	Aufwendige Gipsverbände: Sonstige	6
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	5
14	8-712.1	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	5
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4
16	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	4
18	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	3
19	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	3
20	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	3
21	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	3
22	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	2
23	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	2
24	8-712.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]	2
25	5-921.09	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Hand	2
26	1-945.1	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit: Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz	2
27	5-921.0g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Fuß	2
28	8-987.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage	2
29	1-945.0	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit: Ohne weitere Maßnahmen	2
30	1-710	Ganzkörperplethysmographie	2

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-Arzt-Kinderambulanz D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz Leistungen: VK00 - VK00 - Behandlung von Unfallverletzten in Kindereinrichtungen und Schulen - Dr. med. Christian Paul Geyer
2	Spezialambulanz - Pädiatrische gastroenterologische Erkrankungen Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) Leistungen: VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung, chronische Hepatopathien, Malabsorptionssyndrome, Ernährungsstörungen, Pankreaserkrankungen, spezielle gastroenterologische Symptome und Erkrankungen; Morbus Willson; Dr. med. Marlen Zurek
3	Spezialambulanz - Pädiatrische Nephrologie Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

3	Spezialambulanz - Pädiatrische Nephrologie
	Leistungen: VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen Behandlung von chronischer bzw. rezidivierender Nephritis, Nephrosen unter Immunsuppression, chronische Glomerulonep- Nephritis im Rahmen von Systemerkrankungen, Kinder mit hämolytisch- urämischen Syndrom, Patienten mit Restschäden nach akutem Nierenversagen: Dr. med. Sabine Hollenbach
4	Spezialambulanz - Pädiatrische Immunologie
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) Leistungen: VK30 - Immunologie VK30 - Immunologie Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit immunologischen Erkrankungen: Prof. Dr. Michael Borte
5	Spezialambulanz - Schwerwiegende immunologische Erkrankungen
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V Prof. Dr. med. Michael Borte/ Dr. med. Fasshauer
6	Ambulanz - Kinderchirurgie
	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) Leistungen: VK00 - VK00 - Kinderchirurgische Versorgung Dr. med. Kerstin Großer
7	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Dr. med. habil. Ulrike Diez
8	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) Allgemeinpädiatrische Ambulanz: MUDr. med. Anna Fucekvá
9	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) Leistungen: VX00 - Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik VX00 - allgemeinpädiatrische Ambulanz VX00 - Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik VX00 - allgemeinpädiatrische Ambulanz Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Dr. med. Vilser

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	3,40	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
----------------	------	---	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,40	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,40
			Fälle je Anzahl:	241,8

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 1,53

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 1,53

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,53
Fälle je Anzahl: 537,3

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Kinder- und Jugendmedizin
2	Kinderchirurgie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Kinder-Gastroenterologie
2	Kinder-Nephrologie
3	Kinder-Rheumatologie
4	Kinder-Orthopädie
5	Kinder-Pneumologie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 10,21

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 10,21

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 10,21
Fälle je Anzahl: 80,5

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,08

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0,08

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 0,08
Fälle je Anzahl: 10275,0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 3,04

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 3,04

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 3,04
Fälle je Anzahl: 270,4

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Entlassungsmanagement z. B. Überleitungspflege
2	Ernährungsmanagement
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
7	Stomamanagement
8	Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2] Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin**B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin
Straße:	Nikolai-Rumjanzew-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	04207
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kardiologie-angiologie-und-internistische-intensivmedizin.html

Chefarzt: PD Dr. med. Norbert Klein

Leitende Oberärzte: Dr. med. Anja Fabian; Dr. med. Oliver Spies

Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum

Die Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin befasst sich schwerpunktmäßig mit den Herz-Kreislaufkrankungen und der Intensivmedizin internistischer Krankheitsbilder.

Sie ist derzeit Pandemie bedingt nur am Standort Eutritzsch mit 3 Stationen und 47 Betten vertreten - davon werden 7 intensivmedizinischen Betten und 10 IMC Betten (4 Betten auf der zertifizierten Brustschmerzeinheit (CPU) und 2 Betten in der zertifizierten Herzinsuffizienz-Einheit (HFU)) betrieben. Alle Zimmer verfügen über ein gutes Ausstattungsniveau (u.a. Bad / Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Es wird ein breites Spektrum fachspezifischer Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten. In der funktionsdiagnostischen Abteilung können alle etablierten nichtinvasiven Untersuchungsmethoden des Fachgebietes, einschließlich sämtlicher kardiovaskulärer Ultraschallverfahren und Kardio-MRT, angeboten werden.

Die Abteilung für interventionelle Kardiologie verfügt über ein Herzkatheterlabor mit zwei Linksherzkatheter- und EPU-Messplätzen. Hier erfolgen Koronarinterventionen, elektrophysiologische Untersuchungen und Ablationen von Herzrhythmusstörungen (einschließlich Ablation von Vorhofflimmern und Kammertachykardien), Eingriffe bei strukturellen Herzerkrankungen (Verschlüsse von Defekten der Vorhofscheidewand / PFO, Interventionen an der Mitralklappe - z.B. MitraClip) und Occluderimplantationen des linken Herzhohes. Auch die Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren (einschließlich biventrikulärer Systeme, kabelloser Schrittmacher, subcutaner Defibrillatoren und CCM-Systeme) wird im Herzkatheterlabor und dem angrenzenden OP durchgeführt. In Kooperation mit den Herzchirurgen des Herzzentrums Leipzig wird der interventionelle Aortenklappenersatz (TAVI) angeboten. Es besteht eine 24h-PCI-Bereitschaft für Patienten mit akutem Myokardinfarkt. Für Brustschmerzpatienten existiert eine DGK-zertifizierte Chest Pain Unit. Die Behandlung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz erfolgt auf der DGK-zertifizierten Heart Failure Unit.

Die Intensivstation ist mit allen modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Fachgebietes ausgestattet. Es wird der Behandlung Standard der hochspezialisierten fachspezifischen kardiologisch/internistischen Intensivmedizin vorgehalten.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und ggf. interventionelle / operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 6,1 Tagen.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung auch ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Hierzu zählen die Nachsorge von Patienten mit Schrittmachern und Defibrillatoren sowie eine Spezialsprechstunde für Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz (Herzschwäche). Es bestehen weitreichende Kooperationen mit niedergelassenen Kollegen und dem MVZ des Klinikums St. Georg.

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. Norbert Klein, Chefarzt
Telefon:	0341 909 2301
Fax:	0341 909 2323
E-Mail:	norbert.klein@sanktgeorg.de
Adresse:	Nikolai-Rumjanzew-Str. 100

PLZ/Ort: 04207 Leipzig

URL: <https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kardiologie-angiologie-und-internistische-intensivmedizin.html>

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit teils komplexer Ablationstherapien; Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern, ICDs, Resynchronisationssystemen, leadless pacern, MICRA; Therapie von Klappenviten (TAVI in Kooperation mit HZ Leipzig), Mitralclip; interventionelle Verfahren wies PFO/ASD& Vorhofohrverschluss sowie TASH bei HOCM
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
7	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	Intensivmedizin
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (Einkammer/Zweikammerdevices, ICD, CCM, leadless pacer, MICRA)
12	Elektrophysiologie

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

Vollstationäre Fallzahl: 507

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	63
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	59
3	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	51
4	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	35
5	E86	Volumenmangel	18
6	R55	Synkope und Kollaps	17
7	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	14
8	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	13
9	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	10
10	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	9
11	I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	9
12	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	8
13	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	8
14	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	7
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
16	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	6

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
17	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	6
18	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	6
19	R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet	5
20	I95.1	Orthostatische Hypotonie	5
21	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	5
22	I48.3	Vorhofflattern, typisch	4
23	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	4
24	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	4
25	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	4
26	I95.8	Sonstige Hypotonie	4
27	J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet	4
28	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	4
29	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
30	I35.0	Aortenklappenstenose	< 4

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	143
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	77
3	I11	Hypertensive Herzkrankheit	42
4	E86	Volumenmangel	18
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	17
6	R55	Synkope und Kollaps	17
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	16
8	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	16
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	16
10	I95	Hypotonie	9

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	164
2	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	97
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	81
4	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	67
5	1-710	Ganzkörperplethysmographie	66
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	60
7	3-200	Native Computertomographie des Schädels	60
8	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	58
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	58
10	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	56
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	55
12	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	52
13	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	43
14	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	32

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	30
16	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	29
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	28
18	3-202	Native Computertomographie des Thorax	24
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	19
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	18
21	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	17
22	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	16
23	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	14
24	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	13
25	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	13
26	1-620.0x	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Sonstige	12
27	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	11
28	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	11
29	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	10
30	8-83b.01	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	10

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Schrittmacher
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Leistungen:
	VI00 - Herzschrittmacherkontrolle
	VI00 - Herzschrittmacherkontrolle
	Schrittmachernachsorge und Schrittmacherprogrammierung: Dr. med. Steffen Löscher
2	Spezialambulanz - Kardiologie (Kardiologische Institutsambulanz)
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	Leistungen:
	LK18 - Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)
	LK18 - Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)
	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz NYHA 3-4
3	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Andreas Hartmann
	Privatambulanz
	Leistungen:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonien (Hochdruckkrankheit) sowie Herzrhythmusstörungen
4	Spezialambulanz - Check-Up-Untersuchungen
	Privatambulanz
	Leistungen:

4	Spezialambulanz - Check-Up-Untersuchungen
	VX00 - interdisziplinäre Vorsorgeuntersuchungen
	VX00 - interdisziplinäre Vorsorgeuntersuchungen
	Spezielle interdisziplinäre Diagnostik und Therapie

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 5,10 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,10	Ohne: 0,00
	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,10
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl: 99,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 2,42

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,42	Ohne: 0,00
	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,42
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl: 209,5

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Innere Medizin 2 Fachärzte
2	Innere Medizin und Kardiologie 1 Facharzt

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 10,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	10,00
-------------	-------

Ohne:	0,00
--------------	------

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00
------------------	------

Stationär:	10,00
Fälle je Anzahl:	50,7

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Casemanagement

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Entlassungsmanagement
2	Ernährungsmanagement
3	Geriatric
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement
11	Palliative Care
12	Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)

B-[3] Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie**B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie
Straße:	Nikolai-Rumjanzew-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	04207
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/internistische-onkologie-und-haematologie.html

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Luisa Mantovani Löffler, Chefärztin
Telefon:	0341 909 2350
Fax:	0341 909 2326
E-Mail:	luisa.mantovani@sanktgeorg.de
Adresse:	Nikolai-Rumjanzew-Str. 100
PLZ/Ort:	04207 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/internistische-onkologie-und-haematologie.html

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
2	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
5	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
6	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
7	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
9	Schmerztherapie
10	Transfusionsmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	507
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	44
2	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	42
3	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	38

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4	C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	29
5	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	25
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	24
7	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	20
8	C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	19
9	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	17
10	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	12
11	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	10
12	C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission	9
13	C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	9
14	C22.0	Leberzellkarzinom	8
15	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	7
16	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	7
17	C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	6
18	C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ	6
19	C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	6
20	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	6
21	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	5
22	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	4
23	D46.7	Sonstige myelodysplastische Syndrome	4
24	E86	Volumenmangel	4
25	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	4
26	D46.5	Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie	4
27	C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	< 4
28	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
29	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
30	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	68
2	C16	Bösartige Neubildung des Magens	66
3	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	48
4	C83	Nicht folliculäres Lymphom	42
5	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	40
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	24
7	C91	Lymphatische Leukämie	18
8	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	17
9	D46	Myelodysplastische Syndrome	10
10	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	10

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	238
2	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	166

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
3	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	158
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	138
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	104
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	98
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	98
8	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	91
9	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	87
10	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	76
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	72
12	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	68
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	59
14	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	55
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	50
16	3-202	Native Computertomographie des Thorax	49
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	41
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	39
19	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	38
20	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	36
21	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	35
22	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	33
23	1-710	Ganzkörperplethysmographie	33
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	31
25	6-005.d0	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Nab-Paclitaxel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg	29
26	6-004.72	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Panitumumab, parenteral: 420 mg bis unter 540 mg	28
27	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	27
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	27
29	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	26
30	3-201	Native Computertomographie des Halses	23

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Internistische Hämatologie und Onkologie
	Privatambulanz
	Interdisziplinäres Onkologisches Zentrum
2	ASV Gastrointestinale Tumore
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	Leistungen:
	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren: Dr. med. Albrecht Kretzschmar (Teamleiter)
3	Spezialambulanz - Internistische Hämatologie und Onkologie
	Privatambulanz
	Privatambulanz: Dr. med. Luisa Mantovani Löffler

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 3,70 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 3,70

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 3,70
Fälle je Anzahl: 137,0

Versorgungsform:

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 2,80

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 2,80

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 2,80
Fälle je Anzahl: 181,1

Versorgungsform:

B-[3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Innere Medizin 1 Facharzt
2	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie 2 Fachärzte

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 3,30

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 3,30

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 3,30
Fälle je Anzahl: 153,6

Versorgungsform:

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Bachelor
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Entlassungsmanagement
2	Ernährungsmanagement
3	Kontinenzmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Stomamanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[4] Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik**B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik
Straße:	Nikolai-Rumjanzew-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	04207
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/akutgeriatrie-mit-geriatrischer-tagesklinik.html

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Claudia Schinköthe, Chefärztin
Telefon:	0341 909 2604
Fax:	0341 909 2638
E-Mail:	ines.lange@sanktgeorg.de
Adresse:	Nikolai-Rumjanzew-Str. 100
PLZ/Ort:	04207 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/akutgeriatrie-mit-geriatrischer-tagesklinik.html

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Schwindeldiagnostik/-therapie
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
7	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
8	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
9	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
18	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Medizinische Leistungsangebote	
21	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
22	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
23	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
24	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
25	Endoskopie
26	Palliativmedizin
27	Physikalische Therapie
28	Schmerztherapie
29	Geriatrische Tagesklinik
30	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
31	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
32	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
33	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
34	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
35	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
36	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
37	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
38	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

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

Vollstationäre Fallzahl: 172

Teilstationäre Fallzahl: 248

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	19
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	14
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	10
4	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	4
5	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	4
6	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	4
7	J44.19	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	4
8	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	4
9	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	4
10	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	< 4
11	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	< 4
12	R55	Synkope und Kollaps	< 4
13	F32.8	Sonstige depressive Episoden	< 4
14	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
15	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	< 4
16	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
17	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	< 4
18	D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien	< 4

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
20	I95.1	Orthostatische Hypotonie	< 4
21	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	< 4
22	J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet	< 4
23	I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
24	J98.7	Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
25	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	< 4
26	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4
27	R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet	< 4
28	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
29	J45.1	Nichtallergisches Asthma bronchiale	< 4
30	B34.9	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	29
2	E86	Volumenmangel	19
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9
4	J20	Akute Bronchitis	8
5	F32	Depressive Episode	5
6	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	5
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	4
8	J45	Asthma bronchiale	4
9	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	4
10	G30	Alzheimer-Krankheit	4

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	62
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	59
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	42
4	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	31
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	28
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	26
7	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	16
8	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	16
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	15
10	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	13
11	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	11
12	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	10
13	1-710	Ganzkörperplethysmographie	9

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
14	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	8
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	8
16	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	7
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	7
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	7
19	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	7
20	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	6
21	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	6
22	3-206	Native Computertomographie des Beckens	6
23	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	6
24	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	6
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	6
26	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	6
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	5
28	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	5
29	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	5
30	3-202	Native Computertomographie des Thorax	5

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Geriatrie
	Privatambulanz
	Leistungen:
	VI27 - Spezialsprechstunde
	VI27 - Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. Claudia Schinköthe

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 2,50 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 2,50

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 2,50
Fälle je Anzahl: 68,8

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 1,30

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 1,30

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,30
Fälle je Anzahl: 132,3

Versorgungsform:

B-[4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Innere Medizin 1 Facharzt
2	Innere Medizin und Kardiologie 1 Facharzt

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Geriatric

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 1,00

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,00
Fälle je Anzahl: 172,0

Versorgungsform:

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatric

	Zusatzqualifikationen
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Wundmanagement
10	Dekubitusmanagement
11	Sturzmanagement

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[5] Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie**B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie
Straße:	Nikolai-Rumjanzew-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	04207
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gastroenterologie-hepatologie-diabetologie-und-endokrinologie.html

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Ingolf Schiefke, Chefarzt
Telefon:	0341 909 2626
Fax:	0341 909 2673
E-Mail:	ingolf.schiefke@sanktgeorg.de
Adresse:	Nikolai-Rumjanzew-Str. 100
PLZ/Ort:	04207 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gastroenterologie-hepatologie-diabetologie-und-endokrinologie.html

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
6	Endoskopie
7	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	653
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	28
2	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	22
3	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	20
4	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	20
5	E86	Volumenmangel	16

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
6	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	15
7	K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	14
8	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	13
9	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	13
10	K29.6	Sonstige Gastritis	12
11	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11
12	D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien	10
13	K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	10
14	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	10
15	K83.1	Verschluss des Gallenganges	9
16	K22.2	Ösophagusverschluss	9
17	K29.1	Sonstige akute Gastritis	8
18	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie	8
19	K31.81	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung	8
20	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	7
21	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	7
22	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	7
23	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	7
24	K63.5	Polyp des Kolons	7
25	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	6
26	A46	Erysipel [Wundrose]	6
27	K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	6
28	R11	Übelkeit und Erbrechen	6
29	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	6
30	J44.19	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	5

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Gastritis und Duodenitis	49
2	D50	Eisenmangelanämie	29
3	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	28
4	K80	Cholelithiasis	26
5	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	25
6	K85	Akute Pankreatitis	21
7	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	20
8	K57	Divertikulose des Darmes	17
9	E86	Volumenmangel	16
10	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	15

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	348
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	256
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	235

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
4	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	172
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	119
6	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	97
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	94
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	81
9	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	78
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	73
11	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	71
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	69
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	64
14	1-710	Ganzkörperplethysmographie	49
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	45
16	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	37
17	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	36
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	34
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	32
20	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	31
21	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	30
22	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	30
23	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	28
24	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	28
25	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	27
26	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	27
27	8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	25
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	25
29	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	24
30	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	22

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Endokrinologische Erkrankungen
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Leistungen:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	Behandlung von endokrinologische Erkrankungen: Dr. med. Jürgen Krug
2	Spezialambulanz - Sonographie der Verdauungsorgane
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Leistungen:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Transkavitäre Sonographie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes: Dr. med. Ingo Wallstabe

3	Spezialambulanz - Gastroenterologie
	Privatambulanz
	Leistungen:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Ingolf Schiefke
4	Spezialambulanz - Endokrinologische Erkrankungen
	Privatambulanz
	Leistungen:
	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	Privatambulanz: Dr. med. Jürgen Krug
5	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Gastroenterologie
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Leistungen:
	VI00 - Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	VI00 - Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Endoskopische diagnostische und therapeutische Eingriffe im Rahmen der vor- und nachstationären Betreuung
6	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Endokrinologische Erkrankungen
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Leistungen:
	VI00 - Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	VI00 - Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
7	Hausärztlich internistische Ambulanz / DMP-Ambulanz
	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)
	Leistungen:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	Frau Susann Gebbers / Frau Dr. Patricia Tönnessen

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 5,43 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 5,43 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 5,43
Fälle je Anzahl: 120,3

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,00
Fälle je Anzahl: 217,7

B-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Innere Medizin 1 Facharzt
2	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie 1 Facharzt
3	Innere Medizin und Gastroenterologie 1 Facharzt

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Proktologie
2	Notfallmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	
40,00	

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

Gesamt: 13,65

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 13,65

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 13,65
Fälle je Anzahl: 47,8

Versorgungsform:

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,86

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0,86

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 0,86
Fälle je Anzahl: 759,3

Versorgungsform:

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Endoskopie
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatric
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Wundmanagement
10	Dekubitusmanagement
11	Sturzmanagement

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[6] Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin**B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin
Straße:	Nikolai-Rumjanzew-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	04207
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/pneumologie-und-intensivmedizin.html

Chefarzt: komm. Dr. med. Stephan Nagel

Pflegedienstleitung: Kathrin Schaaf

Die Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin am Robert-Koch-Klinikum ist das größte pneumologische Zentrum des Regierungsbezirkes Leipzig im Freistaat Sachsen. Patienten mit Lungen- und Bronchialerkrankungen finden in dieser Schwerpunktklinik Aufnahme zur Akutversorgung, Diagnostik und Therapie.

Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem Neubau oder in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Die Diagnostik (Lungenfunktion, Spiroergometrie, Bronchoskopie, Rechtsherzkatheter, Schlaflabor) erfolgt in modernen Eingriffs- bzw. Untersuchungsräumen. Eine schnelle Diagnostik und Therapie ist gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht. Spezifische Angebote, bspw. eine individuelle Beratung durch den Sozialdienst, ergänzen das umfangreiche Angebot. Ein Entlassmanagement ist etabliert.

Auch im intensivmedizinischen Bereich sind die Stationen baulich und apparativ nach modernstem Stand ausgestattet. Innerhalb der Intensivstation des Robert-Koch-Klinikums wird ein hoher Anteil an besonders schwer erkrankten Intensivpatienten, häufig mit Mehrorganversagen, versorgt.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Angebot zur ambulanten Behandlung an. Wichtige Angebote sind u.a. die Pneumologische/Onkologische Spezialsprechstunde und die Vor- und Nachsorge von Patienten mit den eingangs genannten Krankheitsbildern. Darüber hinaus besteht eine Privatsprechstunde.

Seit 2016 ist die Klinik als Lungenkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. zertifiziert. Die Zertifizierung zum Weaning-Zentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. erfolgte im Frühjahr 2018. Das Schlaflabor ist seit mehr als 20 Jahren durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin zertifiziert.

Die Klinik bildet regelmäßig 2 Studenten im Praktischen Jahr aus.

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Stephan Nagel, Chefarzt
Telefon:	0341 909 4211
Fax:	0341 423 1415
E-Mail:	stephan.nagel@sanktgeorg.de
Adresse:	Nikolai-Rumjanzew-Str. 100
PLZ/Ort:	04207 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/pneumologie-und-intensivmedizin.html

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Bronchoskopie
2	Diagnostik und Therapie seltener Lungenerkrankungen
3	Transoesophagale Endosonographie Diagnostik von Lymphknotenvergrößerungen oder Raumforderungen im Mediastinum
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Brustfells
5	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
6	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
10	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
14	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
15	Intensivmedizin
16	Diagnostik und Therapie von Allergien
17	Anthroposophische Medizin
18	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
19	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
21	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
22	Endoskopie
23	Mukoviszidosezentrum
24	Palliativmedizin
25	Physikalische Therapie
26	Schmerztherapie
27	Wespengift-Desensibilisierung
28	Adaptive Desaktivierung bei ASS-Intoleranz

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2907
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	721
2	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	181
3	R91	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge	100
4	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	99
5	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	76
6	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	70
7	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	67
8	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	66
9	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	60
10	R06.5	Mundatmung	60
11	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	56
12	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	48
13	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	48
14	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	47
15	J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	37
16	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	37
17	J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	36
18	J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes	35
19	J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	34
20	J45.1	Nichtallergisches Asthma bronchiale	28
21	D86.0	Sarkoidose der Lunge	26
22	E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	24
23	J98.4	Sonstige Veränderungen der Lunge	24
24	J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	21
25	E86	Volumenmangel	21
26	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	18
27	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	18
28	J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und <70 % des Sollwertes	17
29	J45.8	Mischformen des Asthma bronchiale	16
30	J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien	15

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	G47	Schlafstörungen	807
2	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	443
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	360

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4	I50	Herzinsuffizienz	106
5	R91	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge	100
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	76
7	R06	Störungen der Atmung	71
8	J45	Asthma bronchiale	59
9	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	58
10	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	52

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1801
2	1-790	Polysomnographie	1654
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1320
4	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	1119
5	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	1094
6	1-620.0x	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Sonstige	1022
7	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	725
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	588
9	8-717.0	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung	556
10	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	539
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	435
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	402
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	367
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	351
15	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	332
16	1-426.3	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal	294
17	1-430.1x	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Sonstige	281
18	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	271
19	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	270
20	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	260
21	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	230
22	3-200	Native Computertomographie des Schädels	216
23	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	213
24	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	209
25	3-733.x	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Skelettsystems: Sonstige	194
26	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	190
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	188
28	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	178
29	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	166

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
30	8-716.10	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung	154

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Pulmonale Tumore
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Leistungen:
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Nachsorge von Patienten mit malignen pulmologischen Tumoren; Nachsorge von Problempatienten mit malignen pulmologischen Tumoren: Dr. med. Ev-Katlin Schwartz
2	Spezialambulanz - Pneumologie
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Leistungen:
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Spezielle pneumologische Diagnostik u. Therapie von Problemfällen: Dr. med. Kathleen Gutjahr
3	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Lungen- und Tuberkulosekrankheiten
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Leistungen:
	VI00 - Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 21,88 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 21,88

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 21,88
Fälle je Anzahl: 132,9

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 10,14

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 10,14

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 10,14
Fälle je Anzahl: 286,7

B-[6].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Innere Medizin 4 Fachärzte
2	Innere Medizin und Pneumologie 6 Fachärzte

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Intensivmedizin
2	Medikamentöse Tumorthherapie
3	Palliativmedizin
4	Schlafmedizin

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	
40,00	

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

Gesamt: 56,53

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 56,53

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 56,53
Fälle je Anzahl: 51,4

Versorgungsform:

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,05

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 1,05

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,05
Fälle je Anzahl: 2768,6

Versorgungsform:

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,76

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 1,76

Ohne: 0,00

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,76
Fälle je Anzahl: 1651,7

Versorgungsform:

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

Gesamt: 1,90

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0,00

Ohne: 1,90

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,90
Fälle je Anzahl: 1530,0

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Onkologie
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Entlassungsmanagement
2	Ernährungsmanagement
3	Kontinenzmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Stomamanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care
11	Atmungstherapie

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 3,44 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,89 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
	Ergebnis-ID	101801
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	—
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis		
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,13 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
	Ergebnis-ID	101802
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	—

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	54,68 % - 55,41 %

4 Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	101803
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die-Indikation-zur-Herzschrittmacher-Implantation-wird-anhand-der-aktuellen-Leitlinie-zur-Herzschrittmacher-und-kardialen-Resynchronisationstherapie-der-Europaischen-Gesellschaft-fur-Kardiologie-bewertet-(Brignole-et-al.-2013).-In-Einzelfallen-kann-es-zu-begrundeten-Abweichungen-von-den-Leitlinien-kommen,-wenn-Herzschrittmacher-z.-B.-im-Rahmen-von-Studien-bzw.-bei-Erprobung-neuer-Verfahren-implantiert-werden.-Brignole,-M;-Auricchio,-A;-Baron-Esquivias,-G;-Bordachar,-P;-Borioni,-G;-Breithardt,-O-A;-et-al.-(2013):-2013-ESC-Guidelines-on-cardiac-pacing-and-cardiac-resynchronisation-therapy.-European-Heart-Journal-34(29):-2281-2329.-DOI:-10.1093/eurheartj/eh1150 .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	94,02 % - 94,36 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5 Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)

Ergebnis-ID	2190
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,04 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 2,77 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p>
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 6,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,19 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8 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)	
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 4,29 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,05 % - 1,18 %</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>9 Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>52139</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	88,73 % - 89,15 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.	
	Ergebnis-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei-dem-vorliegenden-Indikator-handelt-es-sich-um-einen-sogenann-ten-Qualitätsindex.-Dies-bedeutet-hier,-dass-pro-Behandlungsfall-mehrere-Messungen-bewertet-werden-und-zudem-nicht-nur-Fälle-mit-einer-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-Fall-zahl-Prävalenz-Problem-(Heller-2010)-zu-reduzieren.-Bei-geringen-Fallzahlen-auf-Standortebene-besteht-das-Risiko,-dass-rechnerische-Auffälligkeiten-unsystematisch-(zufällig)-durch-wenige-Einzelfälle-entstehen.-Heller,-G-(2010):-Qualitätssicherung-mit-Routinedaten--Aktueller-Stand-und-Weiterentwicklung.-Kapitel-14.-In:-Klauber,-J;-Geraedts,-M;-Friedrich,-J:-Krankenhaus-Report-2010:-Schwerpunkt:-Krankenhausversorgung-in-der-Krise?-Stuttgart:-Schattauer,-239-254.-ISBN:-978-3794527267.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	67,56 % - 100 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	8
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	95,23 % - 95,39 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,5 % - 1,68 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12 Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Ergebnis-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,43 % - 98,62 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten	
	Ergebnis-ID	54141
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie 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 System-wahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adä- quaten 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 resynchroniza-tion thera-py. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	—
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	96,51 % - 96,78 %

14	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten	
	Ergebnis-ID	54142
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie 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.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,07 % - 0,12 %

15	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten	
	Ergebnis-ID	54143
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie 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>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,68 % - 1,88 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≤ 20,00 %
	Vertrauensbereich	7,35 % - 8,24 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
	Ergebnis-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,09 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Vertrauensbereich	—
-------------------	---

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Bundesergebnis

Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,19 %

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19 Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 6,19 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,9 % - 3,12 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20 Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,02 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21 Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 44,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,41 % - 20,84 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	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	
	Ergebnis-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≥ 74,11 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	88,23 % - 88,88 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen	
	Ergebnis-ID	211800
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 97,04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,3 % - 99,43 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)	
	Ergebnis-ID	2163
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,05 % - 0,22 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde	
	Ergebnis-ID	50719
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis		
	Referenzbereich	≤ 5,13 % (80. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,59 % - 4,68 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage	
	Ergebnis-ID	51370
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre 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 als auch deren Angehörige in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	—
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis		
	Referenzbereich	≤ 11,67 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,07 % - 3,38 %

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27 Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt	
Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,82 % - 98,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28 Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)	
Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,78 % - 97,16 %

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29	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)	
	Ergebnis-ID	52268
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	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.
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	13,13 % - 13,66 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)	
	Ergebnis-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	—
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,69 % - 98,95 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)	
	Ergebnis-ID	52330
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,35 % - 99,57 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden	
	Ergebnis-ID	60659
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	—
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≤ 23,01 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	11,06 % - 11,58 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	0,25 % - 0,69 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	14
	Erwartete Ereignisse	33,82
	Grundgesamtheit	4614
Bundesergebnis		
	Referenzbereich	≤ 2,32 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,04 % - 1,06 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
	Ergebnis-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0 % - 0 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99 - Sonstiges: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Maßnahmen wurden erst nach dem Auftreten des Dekubitus ergriffen.

35	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,06 %

36	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
	Ergebnis-ID	52326
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	0,15 % - 0,45 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	12
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4614
Bundesergebnis		
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,33 %

37	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
	Ergebnis-ID	50050
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindicators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,09 %

38 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".</p>
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,07 %

39 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p>
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,27 %

40 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50060
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p>
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 2,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,97 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41 Eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand, die während oder nach der Beatmung aufgetreten ist	
Ergebnis-ID	50062
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>QI soll, trotz Nicht-Vergleichbarkeit des QI-Ergebnisses zu den Vorjahren, auch für das EJ 2020 zur Veröffentlichung empfohlen werden, da durch Anpassungen der Datenfelder, die Abfrage zu einem Pneumothorax klarer definiert und präzisiert wurde.</p>
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 2,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,94 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42 Ein Hörtest wurde durchgeführt	
Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,97 % - 98,14 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50069
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre</p>

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 2,47 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Lebendgeborenen , bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
	Ergebnis-ID	50074
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Vertrauensbereich	—
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis		
	Referenzbereich	≤ 2,00 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)	
	Ergebnis-ID	51070
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,34 % - 0,42 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
	Ergebnis-ID	51076
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	2,95 % - 3,66 %

47	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
	Ergebnis-ID	51078
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	2,82 % - 3,71 %

48 Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51079
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	6,12 % - 7,28 %

49 Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51832
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	3,88 % - 4,68 %

50	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
	Ergebnis-ID	51837
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".</p>
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,18 %
51	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
	Ergebnis-ID	51838
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfBei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".</p>
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	1,71 % - 2,23 %

52	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
	Ergebnis-ID	51843
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei</p> <p>dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".</p>
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	0,8 % - 1,04 %
53	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten	
	Ergebnis-ID	51901
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 2,23 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1 % - 1,11 %</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>54 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>52262</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>

Bundesergebnis	
Referenzbereich	≤ 26,76 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	9,64 % - 10,63 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	2005
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,69 % - 99,89 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	166
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	167
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,73 % - 98,81 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

56	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,57 % - 99,89 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	160
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	161
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,79 % - 98,87 %

57	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	2007	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	6	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	6	
Bundesergebnis		
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,81 %	

58	
Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle , für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	76,23 % - 88,63 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	138
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,08 % - 93,34 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert
59	
Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,04 % - 99,81 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	91
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	92,49 % - 92,79 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

60	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist	
	Ergebnis-ID	2028
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	94,99 % - 99,84 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	108
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	109
	Bundesergebnis	
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,41 % - 96,58 %
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

61	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren	
	Ergebnis-ID	2036
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,57 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	108
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,62 % - 98,73 %

62	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	231900	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Vertrauensbereich	9,96 % - 21,02 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	23	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	157	
Bundesergebnis		
Vertrauensbereich	15,35 % - 15,69 %	

63	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232000_2005
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,48 % - 99,89 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	156
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	157
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	98,63 % - 98,73 %
64	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232001_2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,34 % - 99,88 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	150
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	151

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,8 %
65	
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,41 % - 97,26 %
66	
Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).	
Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	77 % - 88,85 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	124
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	148
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	82,89 % - 83,19 %

67

Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle , für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	93,63 % - 99,79 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	85
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	92,52 % - 92,87 %

68

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle , für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,6 % - 99,83 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	101
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	95,77 % - 96 %

69	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232006_2036
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,3 % - 100 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	100
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	100
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	98,57 % - 98,71 %

70	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)	
	Ergebnis-ID	232007_50778
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,64 % - 1,86 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	10,89
Grundgesamtheit	154
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

71	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).	
	Ergebnis-ID	232008_231900
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	9,85 % - 20,49 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	167
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	16,92 % - 17,2 %

72	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232009_50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,5 % - 99,34 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	153
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	156
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,63 % - 96,79 %

73	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.	
	Ergebnis-ID	232010_50778
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</p>
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	—
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Bundesergebnis	
	Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

74	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,82 % - 99,38 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	163
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	166
Bundesergebnis	
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,69 % - 96,82 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

75	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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	50778	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Vertrauensbereich	0,62 % - 1,89 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	11	
Erwartete Ereignisse	10,01	
Grundgesamtheit	144	
Bundesergebnis		
Referenzbereich	≤ 1,98 (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %	
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

<input type="checkbox"/>	Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
<input checked="" type="checkbox"/>	Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

	DMP
1	Asthma bronchiale
2	Brustkrebs
3	Diabetes mellitus Typ 1
4	Diabetes mellitus Typ 2
5	Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen: 21

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen: 21

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben: 17

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	GAGER Station 2B - SG08.2G
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	seit 01.04.2020 geschlossen

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	GAGER Station 2B - SG08.2G
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100

Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	seit 01.04.2020 geschlossen

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	86
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	GKARD Station 2A - SG08.2F
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	GKARD Station 2A - SG08.2F
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	GAGER Station 2B - SG08.2G
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Erläuterungen:	seit 01.04.2020 geschlossen

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	GAGER Station 2B - SG08.2G
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Erläuterungen: seit 01.04.2020 geschlossen

Der pflegesensitive Bereich: **Intensivmedizin**

Station: GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1

Schicht: Tagschicht

**Schichtbezogener
Erfüllungsgrad:** 93

Der pflegesensitive Bereich: **Intensivmedizin**

Station: GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1

Schicht: Nachtschicht

**Schichtbezogener
Erfüllungsgrad:** 97

Der pflegesensitive Bereich: **Kardiologie**

Station: GGAGER Station 2B - SG08.2G

Schicht: Tagschicht

**Schichtbezogener
Erfüllungsgrad:** 100

Der pflegesensitive Bereich: **Kardiologie**

Station: GGAGER Station 2B - SG08.2G

Schicht: Nachtschicht

**Schichtbezogener
Erfüllungsgrad:** 100