



Klinikum St. Georg gGmbH - Nikolai-Rumjanzew-Str. 100  
(772886000)

## **Strukturierter Qualitätsbericht**

nach §136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

**Berichtsjahr 2021**

|          |  |    |
|----------|--|----|
|          | Vorwort .....  | 7  |
|          | Einleitung .....   | 8  |
| A        | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des<br>Krankenhausstandorts .....      | 9  |
| A-1      | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....  | 9  |
| A-1.2    | Leitung des Krankenhauses/Standorts .....  | 9  |
| A-1.3    | Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....                                    | 9  |
| A-2      | Name und Art des Krankenhausträgers .....  | 10 |
| A-3      | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....                               | 10 |
| A-4      | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....                               | 10 |
| A-5      | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....                         | 10 |
| A-6      | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....                       | 12 |
| A-7      | Aspekte der Barrierefreiheit .....   | 13 |
| A-7.1    | Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....                                    | 13 |
| A-7.2    | Aspekte der Barrierefreiheit .....   | 13 |
| A-8      | Forschung und Lehre des Krankenhauses .....  | 14 |
| A-8.1    | Forschung und akademische Lehre .....  | 14 |
| A-8.2    | Ausbildung in anderen Heilberufen .....  | 14 |
| A-9      | Anzahl der Betten .....  | 14 |
| A-10     | Gesamtfallzahlen .....   | 14 |
| A-11     | Personal des Krankenhauses .....   | 14 |
| A-11.1   | Ärzte und Ärztinnen .....  | 14 |
| A-11.2   | Pflegepersonal .....   | 15 |
| A-11.3   | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und<br>Psychosomatik ..... | 15 |
| A-11.4   | Spezielles therapeutisches Personal .....  | 15 |
| A-12     | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....  | 16 |
| A-12.1   | Qualitätsmanagement .....  | 16 |
| A-12.1.1 | Verantwortliche Person .....   | 16 |

|            |  |    |
|------------|--|----|
| A-12.1.2   | Lenkungsgrremium .....   | 16 |
| A-12.2     | Klinisches Risikomanagement .....  | 16 |
| A-12.2.1   | Verantwortliche Person .....   | 16 |
| A-12.2.2   | Lenkungsgrremium .....   | 16 |
| A-12.2.3   | Instrumente und Maßnahmen .....  | 17 |
| A-12.2.3.1 | Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....                                      | 18 |
| A-12.2.3.2 | Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....                                | 18 |
| A-12.3     | Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....   | 18 |
| A-12.3.1   | Hygienepersonal .....  | 19 |
| A-12.3.1.1 | Hygienekommission .....  | 19 |
| A-12.3.2   | Weitere Informationen zur Hygiene .....  | 19 |
| A-12.3.2.1 | Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....   | 19 |
| A-12.3.2.2 | Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....                             | 20 |
| A-12.3.2.3 | Umgang mit Wunden .....  | 20 |
| A-12.3.2.4 | Händedesinfektion .....  | 21 |
| A-12.3.2.5 | Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....                                   | 21 |
| A-12.3.2.6 | Hygienebezogenes Risikomanagement .....  | 21 |
| A-12.4     | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....  | 22 |
| A-12.5     | Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....  | 22 |
| A-12.5.1   | Verantwortliches Gremium .....   | 23 |
| A-12.5.2   | Verantwortliche Person .....   | 23 |
| A-12.5.3   | Pharmazeutisches Personal .....  | 23 |
| A-12.5.4   | Instrumente und Maßnahmen .....  | 23 |
| A-13       | Besondere apparative Ausstattung .....   | 24 |
| A-14       | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß<br>§ 136c Absatz 4 SGB V ..... | 25 |
| A-14.1     | Teilnahme an einer Notfallstufe .....  | 25 |
| A-14.2     | Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....  | 25 |
| A-14.3     | Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....   | 25 |
| A-14.4     | Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der .....                     | 26 |

|                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| B               | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....                            | 27 |
| B-[0200]        | Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik .....   | 27 |
| B-[0200].1      | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....  | 27 |
| B-[0200].1.1    | Fachabteilungsschlüssel .....  | 27 |
| B-[0200].1.2    | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....  | 28 |
| B-[0200].3      | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....                              | 28 |
| B-[0200].5      | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....  | 29 |
| B-[0200].6      | Hauptdiagnosen nach ICD .....  | 29 |
| B-[0200].6.1    | Hauptdiagnosen 3-stellig .....   | 30 |
| B-[0200].7      | Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....  | 30 |
| B-[0200].7.1    | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....  | 31 |
| B-[0200].8      | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....   | 31 |
| B-[0200].8.1    | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....   | 32 |
| B-[0200].8.2    | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....   | 32 |
| B-[0200].10     | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....                                    | 32 |
| B-[0200].11     | Personelle Ausstattung .....   | 32 |
| B-[0200].11.1   | Ärzte und Ärztinnen .....  | 32 |
| B-[0200].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....  | 32 |
| B-[0200].11.1.2 | Zusatzweiterbildung .....  | 32 |
| B-[0200].11.2   | Pflegepersonal .....   | 32 |
| B-[0200].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ..... | 33 |
| B-[0200].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....                                     | 33 |
| B-[0107]        | Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie .....                         | 34 |
| B-[0107].1      | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....  | 34 |
| B-[0107].1.1    | Fachabteilungsschlüssel .....  | 34 |
| B-[0107].1.2    | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....  | 34 |
| B-[0107].3      | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....                              | 35 |

|                 |   |    |
|-----------------|---|----|
| B-[0107].5      | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....   | 35 |
| B-[0107].6      | Hauptdiagnosen nach ICD .....   | 35 |
| B-[0107].6.1    | Hauptdiagnosen 3-stellig .....  | 36 |
| B-[0107].7      | Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....   | 36 |
| B-[0107].7.1    | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....   | 37 |
| B-[0107].7.2    | Kompetenzprozeduren .....   | 38 |
| B-[0107].8      | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....  | 38 |
| B-[0107].8.1    | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....  | 38 |
| B-[0107].9      | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....   | 38 |
| B-[0107].10     | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....                                       | 38 |
| B-[0107].11     | Personelle Ausstattung .....  | 38 |
| B-[0107].11.1   | Ärzte und Ärztinnen .....   | 39 |
| B-[0107].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....   | 39 |
| B-[0107].11.1.2 | Zusatzweiterbildung .....   | 39 |
| B-[0107].11.2   | Pflegepersonal .....  | 39 |
| B-[0107].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte<br>Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ..... | 39 |
| B-[0107].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....  | 39 |
| B-[1000]        | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin .....  | 41 |
| B-[1000].1      | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....   | 41 |
| B-[1000].1.1    | Fachabteilungsschlüssel .....   | 42 |
| B-[1000].1.2    | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....   | 43 |
| B-[1000].3      | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....                                 | 43 |
| B-[1000].5      | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....   | 43 |
| B-[1000].6      | Hauptdiagnosen nach ICD .....   | 43 |
| B-[1000].6.1    | Hauptdiagnosen 3-stellig .....  | 44 |
| B-[1000].7      | Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....   | 45 |
| B-[1000].7.1    | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....   | 46 |
| B-[1000].8      | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....  | 46 |
| B-[1000].8.1    | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....  | 47 |

|                 |   |     |
|-----------------|---|-----|
| B-[1000].9.1    | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....   | 47  |
| B-[1000].10     | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....                                       | 47  |
| B-[1000].11     | Personelle Ausstattung .....  | 47  |
| B-[1000].11.1   | Ärzte und Ärztinnen .....   | 47  |
| B-[1000].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....   | 47  |
| B-[1000].11.1.2 | Zusatzweiterbildung .....   | 48  |
| B-[1000].11.2   | Pflegepersonal .....  | 48  |
| B-[1000].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte<br>Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ..... | 48  |
| B-[1000].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....  | 48  |
| C               | Qualitätssicherung .....  | 50  |
| C-1             | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §<br>137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....   | 50  |
| C-1.2           | Ergebnisse der Qualitätssicherung .....   | 50  |
| C-1.2.A         | Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....  | 50  |
| C-2             | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....   | 110 |
| C-3             | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen<br>(DMP) nach § 137f SGB V .....          | 110 |
| C-5             | Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei<br>Nichterreichen der Mindestmenge .....           | 110 |
| C-6             | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1<br>Satz 1 Nr. 2 SGB V .....              | 111 |
| C-7             | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach §<br>136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..... | 111 |
| C-8             | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....  | 111 |
| C-8.1           | Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....   | 111 |
| C-8.2           | Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....  | 113 |

## Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

auf den nachfolgenden Seiten können Sie sich über unser Versorgungsangebot und Behandlungsspektrum im Allgemeinen sowie über spezielle Leistungen und Ausstattung der einzelnen Kliniken am Standort Grünau informieren.

Gern blickt man am Ende eines Jahres auf die letzten 12 Monate zurück. Was ist passiert? Was wurde erreicht? Auch wir möchten Sie auf eine kurze Reise durch das Jahr am Klinikum St. Georg und hier speziell für den Standort Grünau einladen. Zu Beginn des Jahres mussten wir Alle mit großem Entsetzen erfahren, wie die Sicherheit in Europa mit dem Ausbruch des Ukrainekrieges ins Wanken geriet. Bestehende Infrastrukturen wurden zerstört, tausende Menschen waren und sind auf der Flucht, Lieferketten rissen ab. Für uns als Klinikum war es eine Selbstverständlichkeit, die Hilfsmaßnahmen der Stadt Leipzig zu unterstützen und dringend benötigte medizinische Versorgungsmittel zu spenden. Die Hilfsgüter wurden an die Partnerstadt Krakau geliefert und von dort in die Ukraine transportiert.

Im Jahr 2022 gab es aber auch erfreuliche Nachrichten. Uns ist es gelungen für die Behandlung und Rehabilitation von älteren Patienten, die zur Verfügung stehenden Plätze in der Tagesklinik für Geriatrie spürbar zu erhöhen. Lange wurde ein Geheimnis gehütet, aber im Juni nahmen wir „Fahrt auf“. Unter dem Motto „Auf dem besten Weg zur Gesundheit“ durften wir feierlich unsere Straßenbahn mit Gesichtern aus dem Klinikum einweihen. Wir sind stolz und freuen uns sehr, dass so das Klinikum St. Georg durch das gesamte Stadtgebiet und auch durch Grünau fährt und immer präsent ist.

Nach zweijähriger pandemiebedingter Pause konnten endlich wieder unsere Vortragsreihen stattfinden. Gemeinsam wurden Erinnerungen ausgetauscht und die Patienten standen wieder im Mittelpunkt. Man konnte spüren, wie jeder den persönlichen Austausch genossen hat und die Rückkehr zu Veranstaltungen zu schätzen wusste.

Nachdem im Jahr 2020 fast der gesamte Standort Grünau Corona-bedingt den Betrieb zeitweise einstellen musste, wurde sukzessive die Versorgung 2021 wieder aufgenommen und stabilisiert.

Der gesamte Campus des Klinikums St. Georg wird sich grundlegend wandeln und einer modernen Gesundheitsversorgung anpassen. Das betrifft auch den Standort Grünau.

Insbesondere wird dort die geriatrische und onkologische Versorgung in den kommenden Jahren weiter ausgebaut.

Gern können Sie sich zu aktuellen Themen auf unserer Homepage ([www.sanktgeorg.de](http://www.sanktgeorg.de)) oder auf unseren Social Media Kanälen informieren.

Herzlichst Ihre

Dr. Iris Minde  
Geschäftsführerin

Claudia Pfefferle  
Geschäftsführerin

## Einleitung

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

### Verantwortliche

#### Für die Erstellung des Qualitätsberichts

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung |
| Titel, Vorname, Name          | Michael Müller                                  |
| Telefon                       | 0341 909 3100                                   |
| Fax                           | 0341 909 1474                                   |
| E-Mail                        | michael.mueller@sanktgeorg.de                   |

#### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

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

### Links

|   |   |
|---|---|
| Link zur Internetseite des Krankenhauses                  | <a href="https://www.sanktgeorg.de/home.html">https://www.sanktgeorg.de/home.html</a>   |
| Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht | <a href="https://www.sanktgeorg.de/partner-einweiser/qualitaet-und-hygiene/qualitaetsberichte.html">https://www.sanktgeorg.de/partner-einweiser/qualitaet-und-hygiene/qualitaetsberichte.html</a> |

### Weiterführende Links

| # | URL   | Beschreibung  |
|---|---|---|
| 1 | <a href="https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute.html">https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute.html</a>       | Überblick über die interdisziplinären Behandlungszentren der Klinikum St. Georg gGmbH                                 |
| 2 | <a href="https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen.html">https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen.html</a> | Überblick über die Kliniken und Abteilungen der Klinikum St. Georg gGmbH und des Fachkrankenhauses Hubertusburg gGmbH |
|   | Datum der Erstellung des Berichts   | 13.11.2022  |
|   | Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML  | 3M Medica - 3M Deutschland GmbH<br>Health Information Systems   |
|   | Verwendete Software mit Versionsangabe  | 3M Qualitätsbericht<br>Version 2022.7.1.0   |

## 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              | Nikolai-Rumjanzew-Str   |
| Hausnummer          | 100   |
| IK-Nummer           | 261400530   |
| Standort-Nummer     | 772886000   |
| Standort-Nummer alt | 02  |
| Telefon-Vorwahl     | 0341  |
| Telefon             | 9090  |
| E-Mail              | info@sanktgeorg.de  |
| Krankenhaus-URL     | <a href="https://www.sanktgeorg.de/home.html">https://www.sanktgeorg.de/home.html</a> |

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

#### Leitung des Krankenhauses

##### Verwaltungsleitung

|                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführerin  |
| Titel, Vorname, Name          | Dr. Iris Minde     |
| Telefon                       | 0341 909 0         |
| Fax                           | 0341 909 2155      |
| E-Mail                        | info@sanktgeorg.de |

##### Verwaltungsleitung

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführerin /Arbeitsdirektorin |
| Titel, Vorname, Name          | Claudia Pfefferle                    |
| Telefon                       | 0341 909 0                           |
| Fax                           | 0341 909 2155                        |
| E-Mail                        | info@sanktgeorg.de                   |

##### Ärztliche Leitung

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leitender Chefarzt        |
| Titel, Vorname, Name          | Prof. Dr. med. Amir Hamza |
| Telefon                       | 0341 909 0                |
| Fax                           | 0341 909 2155             |
| E-Mail                        | info@sanktgeorg.de        |

##### Pflegedienstleitung

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Pflegezentrenübergreifende Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name          | Birgit Schienbein                              |
| Telefon                       | 0341 909 0                                     |
| Fax                           | 0341 909 2155                                  |
| E-Mail                        | info@sanktgeorg.de                             |

### A-1.3 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

Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität

Universität Leipzig

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| #  | Med.pfleg. Leistungsangebot  |
|----|--|
| 1  | MP01 - Akupressur<br>Leistung der Physiotherapie   |
| 2  | MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare<br>Anleitung/Beratung in Zusammenarbeit mit der AOK; Beratungsgespräche durch Mitarbeiter der Pflegeüberleitung und des Sozialdienstes   |
| 3  | MP04 - Atemgymnastik/-therapie<br>auf ärztliche Anordnung  |
| 4  | MP06 - Basale Stimulation<br>Geriatric   |
| 5  | MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung  |
| 6  | MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden<br>Betreuung durch Krankenhauseelsorge (evangelisch und katholisch), Ethikkomitee  |
| 7  | MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie<br>verschiedene Gruppentherapien (z.B. Schmerztherapie, Adipositas); Herzsport über Kooperationspartner   |
| 8  | MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)<br>für Erwachsene durch zertifizierte Therapeuten  |
| 9  | MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen  |
| 10 | MP14 - Diät- und Ernährungsberatung<br>über Diätassistenten und Spezialsprechstunde bspw. bei folgenden Diagnosen Adipositas, Gastrektomie, Dialyse, Allergien, chron. entzündl. Darmerkrankung, Fettstoffwechselstörung, Mangelernährung, Dünndarmresktion, Stomapatienten, Divertikulitis, Tumorerkrankung |
| 11 | MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege  |
| 12 | MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie  |
| 13 | MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege<br>Bereichspflege auf allen Stationen, Case Management durch speziell geschulte Pflegekräfte im Sinne der Fallsteuerung   |
| 14 | MP18 - Fußreflexzonenmassage<br>durch zertifizierte Therapeuten  |

## # Med.pfleg. Leistungsangebot

- 15 MP21 - Kinästhetik
- 16 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung  
spezielle Beckenbodengymnastik
- 17 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 18 MP25 - Massage  
verschiedene Massageformen
- 19 MP26 - Medizinische Fußpflege  
auf Anforderung durch Stationsleitung
- 20 MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie  
Kinderklinik
- 21 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie  
Manualtherapie durch zertifizierte Therapeuten
- 22 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- 23 MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse  
Betriebssportverein
- 24 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
- 25 MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik  
Kursangebote in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen; Betriebssportverein
- 26 MP37 - Schmerztherapie/-management  
spezielle Behandlungsangebote im Schmerzzentrum des Klinikums
- 27 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen  
AOK Projekt Angehörigenberatung, Schulung z.B. zur Lagerung/Mobilisation, Sturzprophylaxe, Ernährung
- 28 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie  
Betriebsportverein
- 29 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot  
Brustschwester, Onkolotse, Fachkrankenschwester
- 30 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
- 31 MP45 - Stomatherapie/-beratung
- 32 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik  
auf Anforderung der Stationsleitung
- 33 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen  
Pelosepackung oder heiße Rolle als Wärmeanwendung, Kältetherapie mit Kaltluftgerät
- 34 MP51 - Wundmanagement  
Versorgung/Beratung/Anleitung durch Wundtherapeutin
- 35 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen  
Haus Leben, Ilco (Stoma)
- 36 MP53 - Aromapflege/-therapie  
beruhigende/belebende Waschungen, Aromatherapie in der Palliativpflege
- 37 MP54 - Asthmaschulung
- 38 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung  
im Rahmen der Ergotherapie

## # Med.pfleg. Leistungsangebot

- 39 MP57 - Biofeedback-Therapie  
Entspannungsverfahren
- 40 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining  
durch Ergotherapeuten
- 41 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)  
durch zertifizierte Therapeuten
- 42 MP62 - Snoezelen
- 43 MP63 - Sozialdienst
- 44 MP64 - 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 MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien  
Geburtsvorbereitungskurse, Hebammensprechstunde, Elternschule, Geschwisterkurse, Großelternkurs,  
Vätersprechstunde, Krabbegruppe
- 46 MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter  
Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege  
Zusammenarbeit mit Städtischen Altenpflegeeinrichtungen, ambulanter Pflegedienst St. Georg, Kurzzeitpflege St.  
Georg
- 47 MP69 - Eigenblutspende  
Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie

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

### # Leistungsangebot

- 1 NM02: Ein-Bett-Zimmer
- 2 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 3 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
- 4 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 5 NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch  
ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- 6 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
- 7 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
- 8 NM50: Kinderbetreuung
- 9 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- 10 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
- 11 NM68: Abschiedsraum
- 12 NM69: 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

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

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| #  | Aspekte der Barrierefreiheit   |
|----|--|
| 1  | BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift   |
| 2  | BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen   |
| 3  | BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen   |
| 4  | BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)   |
| 5  | BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen  |
| 6  | BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung<br><br>Sozialdienst und Schwestern mit spezieller geriatrischer Schulung  |
| 7  | BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)<br><br>2 Schwerlastbetten vorhanden, Bettverlängerungen jederzeit möglich, bei größerem Bedarf werden zusätzlich adäquate Mietbetten beschafft |
| 8  | BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße<br><br>MRT 150 kg/ CT 200 kg/ Röntgenaufnahme 190 kg/ Uro  |
| 9  | BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten  |
| 10 | BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter  |
| 11 | BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe  |
| 12 | BF23 - Allergenarme Zimmer   |
| 13 | BF24 - Diätetische Angebote  |
| 14 | BF25 - Dolmetscherdienst<br><br>über die Zentrale Patientenaufnahme bei Bedarf anzufordern, kostenpflichtig  |
| 15 | BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal<br><br>zum Teil   |
| 16 | BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung<br><br>Raum der Stille   |
| 17 | BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen   |
| 18 | BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen   |
| 19 | BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen   |
| 20 | BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten   |

## # Aspekte der Barrierefreiheit

- 21 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
- 22 BF38 - Kommunikationshilfen
- 23 BF41 - 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 FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten  
nähere Informationen im Kapitel B
- 2 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)  
nähere Informationen im Kapitel B
- 3 FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten  
nähere Informationen im Kapitel B
- 4 FL09 - Doktorandenbetreuung  
nähere Informationen im Kapitel B

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#### # Ausbildung in anderen Heilberufen

- 1 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner  
Pflegefachfrau/-mann (3 Jahre), Ausbildungsstart jährlich zum 01.09.
- 2 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin  
Krankenpflegehilfe (2 Jahre), Ausbildungsstart zum 1. Schultag eines neuen Schuljahres

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 188

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 1470  
 Teilstationäre Fallzahl 236  
 Ambulante Fallzahl 2317  
 StäB. Fallzahl 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

|                          |                 |       |                  |       |
|--------------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| Gesamt                   |                 |       |                  | 19,14 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 19,14 | <b>Ohne</b>      | 0     |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0     | <b>Stationär</b> | 19,14 |

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 11,14

|                          |                 |       |                  |       |
|--------------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 11,14 | <b>Ohne</b>      | 0     |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0     | <b>Stationär</b> | 11,14 |

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

|                          |                 |      |                  |      |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt                   |                 |      |                  | 13,6 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 13,6 | <b>Ohne</b>      | 0    |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b> | 13,6 |

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

|                          |                 |       |                  |       |
|--------------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| Gesamt                   |                 |       |                  | 10,33 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 10,33 | <b>Ohne</b>      | 0     |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0     | <b>Stationär</b> | 10,33 |

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

|                          |                 |      |                  |      |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt                   |                 |      |                  | 1,28 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 1,28 | <b>Ohne</b>      | 0    |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b> | 1,28 |

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

|                          |                 |      |                  |      |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt                   |                 |      |                  | 6,37 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 6,37 | <b>Ohne</b>      | 0    |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b> | 6,37 |

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

|                          |                 |      |                  |      |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt                   |                 |      |                  | 0,08 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 0,08 | <b>Ohne</b>      | 0    |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b> | 0,08 |

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

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

|                          |                 |      |                  |      |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt                   |                 |      |                  | 2,0  |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 2,0  | <b>Ohne</b>      | 0,00 |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0,00 | <b>Stationär</b> | 2,0  |

#### SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

|                          |                 |      |                  |      |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt                   |                 |      |                  | 1,0  |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 1,0  | <b>Ohne</b>      | 0,00 |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0,00 | <b>Stationär</b> | 1,0  |

#### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

|                          |            |     |             |      |
|--------------------------|------------|-----|-------------|------|
| Gesamt                   |            |     |             | 2,0  |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b> | 2,0 | <b>Ohne</b> | 0,00 |

|   |                 |      |                  |      |
|---|-----------------|------|------------------|------|
| Versorgungsform                                   | <b>Ambulant</b> | 0,00 | <b>Stationär</b> | 2,0  |
| <b>SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter</b> |                 |      |                  |      |
| Gesamt  |                 |      |                  | 0,82 |
| Beschäftigungsverhältnis                          | <b>Mit</b>      | 0,82 | <b>Ohne</b>      | 0,00 |
| Versorgungsform                                   | <b>Ambulant</b> | 0,00 | <b>Stationär</b> | 0,82 |

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium

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

##### Wenn ja

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche | Abteilung Qualitätsmanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums             | wöchentlich                   |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

##### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

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

## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

### Instrumente und Maßnahmen

| #  | Instrument bzw. Maßnahme  |
|----|---|
| 1  | <p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Qualitätsmanagementhandbücher, z.B. Lungenkrebszentrum</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 11.08.2019</p>         |
| 2  | RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen  |
| 3  | <p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Notfallmanagement</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 08.01.2014</p>   |
| 4  | <p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Qualitätsmanagementhandbücher, z.B. Lungenkrebszentrum</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 11.08.2019</p>  |
| 5  | <p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Pflegestandard Sturzprophylaxe</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 18.09.2017</p>  |
| 6  | <p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Pflegestandard: Dekubitusprophylaxe</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 15.04.2014</p> |
| 7  | <p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Medizinische Richtlinie: Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 09.01.2020</p>  |
| 8  | <p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Patientensicherheit im OP</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 06.01.2018</p>  |
| 9  | RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen  |
| 10 | RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen  |
| 11 | RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten   |
| 12 | <p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Patientensicherheit im OP</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 06.01.2018</p>                            |
| 13 | <p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Patientensicherheit im OP</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 06.01.2018</p>  |
| 14 | <p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Markierung des Operationsfeldes-Vermeidung von Eingriffsverwechslungen</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 08.01.2014</p>              |
| 15 | <p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> VA Patientensicherheit im OP</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 06.01.2018</p>  |

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

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

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

#### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

| # | Instrument bzw. Maßnahme   |
|---|--|
| 1 | IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor<br><b>Letzte Aktualisierung:</b> 10.01.2015                          |
| 2 | IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen<br><b>Frequenz:</b> monatlich   |
| 3 | IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem<br><b>Frequenz:</b> 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 | EF13: 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

### Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker

Anzahl (in Personen) 1

### Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

### Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 0

### Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 3

## A-12.3.1.1 Hygienekommission

### Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission quartalsweise

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Vorsitzender  
 Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Amir Hamza  
 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

### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor**

Auswahl Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

| # | Option  | Auswahl |
|---|---|---------|
| 1 | 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 Wundauflage  | Ja        |
| 5 | Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion                            | Ja        |

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

Auswahl Ja

## A-12.3.2.4 Händedesinfektion

### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben Ja

### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 36

### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

| # | Option  | Auswahl |
|---|---|---------|
| 1 | 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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).          | 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

### Hygienebezogenes Risikomanagement

| # | Instrument bzw. Maßnahme  |
|---|---|
| 1 | HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen  |
| 2 | HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)<br><b>Teilnahme ASH:</b> Teilnahme (ohne Zertifikat)<br><br>Jeweils am 05. Mai führt das Klinikum einen Aktionstag zur Händedesinfektion durch.  |
| 3 | HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten   |
| 4 | HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen   |
| 5 | HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen<br><br><b>Name:</b> 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

DAS-KISS

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

### Lob- und Beschwerdemanagement

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

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Lob- und Beschwerdestelle   |
| Titel, Vorname, Name          | Sophie Schmidt              |
| Telefon                       | 0341 909 4400               |
| Fax                           | 0341 909 1501               |
| E-Mail                        | patientenecho@sanktgeorg.de |

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Patientenfürsprecher         |
| Titel, Vorname, Name          | Prof. Dr. med. Arved Weimann |
| Telefon                       | 0341 909 2201                |
| 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

### Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums Arzneimittelkommission

## A-12.5.2 Verantwortliche Person

### Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

### Kontaktdaten

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leitung Krankenhausapotheke |
| Titel, Vorname, Name          | Dr.rer.nat. Maike Fedders   |
| 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.

### Instrumente und Maßnahmen AMTS

| # | Instrument bzw. Maßnahme   |
|---|--|
| 1 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 2 | AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |
| 3 | AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder                                   |
| 4 | AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)    |
|   | <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Arzneimittelanamnese   |
|   | <b>Letzte Aktualisierung:</b> 14.02.2019   |
| 5 | AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern   |
| 6 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung  |

## Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme

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

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

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

| #  | Gerätenummer   | 24h verfügbar  |
|----|--|--|
| 1  | AA01 - Angiographiegerät/DSA                               | Nein<br>Gerät zur Gefäßdarstellung   |
| 2  | AA08 - Computertomograph (CT)                              | Nein<br>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen  |
| 3  | AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)                  | Nein<br>Hirnstrommessung   |
| 4  | AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren                     | Nein<br>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)   |
| 5  | AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung      | Nein   |
| 6  | AA18 - Hochfrequenztherapiegerät                           | Keine Angabe erforderlich<br>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik   |
| 7  | AA21 - Lithotripter (ESWL)                                 | Keine Angabe erforderlich<br>Stoßwellen-Steinzerstörung  |
| 8  | AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)                       | Nein<br>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder                                 |
| 9  | AA23 - Mammographiegerät                                   | Keine Angabe erforderlich<br>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse   |
| 10 | AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde                     | Keine Angabe erforderlich<br>Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten |
| 11 | AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Keine Angabe erforderlich<br>Harnflussmessung  |

| #  | Gerätenummer  | 24h verfügbar  |
|----|---|--|
| 12 | AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen               | Nein<br>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck  |
| 13 | AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP         | Keine Angabe erforderlich<br>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden |
| 14 | AA47 - Inkubatoren Neonatologie   | Nein<br>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)  |
| 15 | AA50 - Kapselendoskop   | Keine Angabe erforderlich<br>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung   |
| 16 | AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Keine Angabe erforderlich<br>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik   |
| 17 | AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)   | Nein<br>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße  |
| 18 | AA70 - Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)  | Nein<br>Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen   |

## **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 Abschlüsse vor.

### **A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

#### **Teilnahme an einer Notfallstufe**

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

§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)

Erläuterungen

### **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-[0200] Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik**

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

|   |  |
|---|--|
| Abteilungsart                               | Hauptabteilung   |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik |

Chefärztin: Dr. med. Claudia Schinköthe  
 Leitende Oberärztin: Dipl.-Med. Grit Geigenmüller  
 Pflegedienstleiterin: Frau Raghad Alsaloum

Die Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik ist ein regionales Zentrum für Geriatrie. Für die Versorgung unentbehrlich ist dabei die enge Zusammenarbeit mit allen Teilbereichen der Inneren Medizin, der Klinik für Neurologie und den Kliniken des Zentrums für Operative Medizin, insbesondere der Traumatologie. Es werden nahezu alle internistischen Erkrankungen bei PatientInnen im höheren Lebensalter behandelt, z.B. Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Diabetes mellitus, Schmerzsyndrome und Gangstörungen mit Stürzen. Patienten mit Krankheiten des Bewegungsapparates, nach akuten kardialen oder neurologischen Erkrankungen können mittels geriatrischer Komplextherapie frührehabilitativ versorgt werden.

Die Klinik verfügt über 1 Bettenstation am Standort Robert-Koch-Klinikum Grünau mit insgesamt 30 Betten und zusätzlich 10 tagesklinischen Plätze. Die Patienten sind in modernen Zweibettzimmern untergebracht. Es gibt zudem 2 Einzelzimmer und eine Überwachungseinheit. Alle Zimmer befinden sich in einem modernen Gebäudetrakt und verfügen über Bad/ Dusche, TV, Telefon. Es gibt großzügige Aufenthaltsbereiche. Die tagesklinischen Plätze befinden sich auch am Standort Grünau. Auf der Station und in der Tagesklinik finden sich zudem modern eingerichtete Therapieräume.

In der geriatrischen Tagesklinik erfolgt die teilstationäre Rehabilitation geriatrischer Patienten. Neben den oben genannten Krankheitsbildern erfolgen hier insbesondere die Behandlung von Gangstörungen, Schmerztherapie und die Diabetes- und Blutdruckeinstellung.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physio- und ergotherapeutische Angebote sowie aktivierend-therapeutische Pflege erreicht.

Die Diagnostik und Therapie erfolgt unter einem ganzheitlichen Betreuungsprinzip im geriatrischen Team von Ärzten, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten, Psychologen, Logopäden, Fallmanagern und Sozialarbeitern. Diesem steht eine umfassende Klärung von Fähigkeits- und Funktionsstörungen mittels geriatrischen Assessmentverfahren unter Einbeziehung der Angehörigen voran.

Ziel der ganzheitlichen Behandlung ist es, die häusliche Selbstversorgung und Alltagskompetenz zu erhalten, Abhängigkeit von Pflege und fremder Hilfe zu vermeiden, die soziale Teilhabe wieder ermöglichen und im Hinblick auf die chronischen Erkrankungen eine weitgehende Symptombefreiheit zu erreichen.

Dabei kommen folgende Spezialbehandlungen, Methoden und Techniken zum Einsatz:

- Geriatrische frührehabilitative Komplextherapie
- Gerontopharmakologie zur Minimierung von Interaktionen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen infolge Polypharmazie
- Sturzassessment und -prophylaxe
- die Durchführung internistischer Diagnostik, wie z. B. der Sonographie von Oberbauch/ Schilddrüse und Untersuchungsmethoden wie Echokardiographie, Langzeit-EKG, Endoskopie

Die Klinik für Akutgeriatrie ist integriert in das Zentrum für Innere Medizin des Klinikums. Mit der Klinik für Gerontopsychiatrie des Sächsischen Krankenhauses Altscherbitz und dem Verbund Gemenindahe Psychiatrie besteht eine enge Kooperation. Die Klinik ist Mitglied des Landes- und Bundesverbandes Geriatrie.

Weiterhin ist die Klinik im Rahmen des Lehrkrankenhauses der Universität Leipzig in die Studierendenausbildung (Famulatur, Praktisches Jahr, Praktika) integriert.

#### **B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-------------------------|
| 1 | 0200 - Geriatrie        |

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

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin  |
| Titel, Vorname, Name          | Dr. med. Claudia Schinköthe   |
| Telefon                       | 0341 909 2604   |
| Fax                           | 0341 909 2638   |
| E-Mail                        | ines.lange@sanktgeorg.de  |
| Strasse                       | Nikolai-Rumjanzew-Str.  |
| Hausnummer                    | 100   |
| PLZ                           | 04207   |
| Ort                           | Leipzig   |
| URL                           | <a href="https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/akutgeriatrie-mit-geriatischer-tagesklinik.html">https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/akutgeriatrie-mit-geriatischer-tagesklinik.html</a> |

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

| #  | Medizinische Leistungsangebote  |
|----|---|
| 1  | VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       |
| 2  | VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| 3  | VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |
| 4  | VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |
| 5  | VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie  |
| 6  | VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten         |
| 7  | VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten                                      |
| 8  | VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    |
| 9  | VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen   |
| 10 | VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen                                       |
| 11 | VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten                 |
| 12 | VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)            |
| 13 | VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs                                      |
| 14 | VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums  |
| 15 | VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas                 |
| 16 | VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge                            |
| 17 | VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura   |
| 18 | VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen                                     |
| 19 | VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen   |
| 20 | VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   |
| 21 | VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen                                |
| 22 | VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  |
| 23 | VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |
| 24 | VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |
| 25 | VI35 - Endoskopie   |
| 26 | VI38 - Palliativmedizin   |
| 27 | VI39 - Physikalische Therapie   |
| 28 | VI40 - Schmerztherapie  |
| 29 | VI44 - Geriatrische Tagesklinik   |
| 30 | VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   |
| 31 | VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation                          |

## # Medizinische Leistungsangebote

- 32 VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
- 33 VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- 34 VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
- 35 VK10 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- 36 VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
- 37 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 38 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

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

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 613 |
| Teilstationäre Fallzahl | 236 |

## B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| #  | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung  | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 1  | Z11              | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten                       | 372      |
| 2  | Z11              | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten                       | 196      |
| 3  | M62.50           | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen                 | 182      |
| 4  | R32              | Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz  | 177      |
| 5  | R53              | Unwohlsein und Ermüdung  | 159      |
| 6  | R29.6            | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert  | 159      |
| 7  | E86              | Volumenmangel  | 154      |
| 8  | E46              | Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung   | 142      |
| 9  | R52.2            | Sonstiger chronischer Schmerz  | 134      |
| 10 | I10.00           | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise                                | 134      |
| 11 | U50.40           | Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35 Punkte                               | 133      |
| 12 | N18.3            | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3  | 122      |
| 13 | M62.50           | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen                 | 107      |
| 14 | U50.50           | Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte                           | 107      |
| 15 | R15              | Stuhlinkontinenz   | 106      |
| 16 | E87.1            | Hypoosmolalität und Hyponatriämie  | 106      |
| 17 | R29.6            | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert  | 100      |
| 18 | E55.9            | Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet   | 98       |
| 19 | Z92.1            | Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese                                 | 93       |
| 20 | Z74.1            | Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege                         | 91       |
| 21 | E87.6            | Hypokaliämie   | 86       |
| 22 | E86              | Volumenmangel  | 82       |
| 23 | E55.9            | Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet   | 81       |
| 24 | I50.01           | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz   | 78       |
| 25 | I27.28           | Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie  | 77       |
| 26 | I11.00           | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | 76       |
| 27 | J96.00           | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]               | 75       |
| 28 | U50.40           | Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35 Punkte                               | 75       |
| 29 | U51.10           | Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte                   | 74       |
| 30 | N39.0            | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet   | 72       |

## B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| #  | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung  | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1  | U50        | Motorische Funktionseinschränkung  | 634      |
| 2  | Z11        | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten               | 568      |
| 3  | E87        | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts | 374      |
| 4  | U51        | Kognitive Funktionseinschränkung   | 372      |
| 5  | M62        | Sonstige Muskelkrankheiten   | 300      |
| 6  | I48        | Vorhofflimmern und Vorhofflattern  | 266      |
| 7  | R29        | Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen              | 264      |
| 8  | N18        | Chronische Nierenkrankheit   | 252      |
| 9  | R32        | Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz  | 243      |
| 10 | I50        | Herzinsuffizienz   | 236      |
| 11 | E86        | Volumenmangel  | 236      |
| 12 | I11        | Hypertensive Herzkrankheit   | 235      |
| 13 | I10        | Essentielle (primäre) Hypertonie   | 227      |
| 14 | R53        | Unwohlsein und Ermüdung  | 209      |
| 15 | R52        | Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert   | 209      |
| 16 | Z74        | Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit   | 198      |
| 17 | I25        | Chronische ischämische Herzkrankheit   | 198      |
| 18 | Z95        | Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten                  | 195      |
| 19 | E46        | Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung                                   | 187      |
| 20 | E55        | Vitamin-D-Mangel   | 179      |
| 21 | M81        | Osteoporose ohne pathologische Fraktur   | 170      |
| 22 | Z92        | Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese   | 167      |
| 23 | R15        | Stuhlinkontinenz   | 151      |
| 24 | N39        | Sonstige Krankheiten des Harnsystems   | 145      |
| 25 | I95        | Hypotonie  | 134      |
| 26 | J96        | Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert                                | 134      |
| 27 | E11        | Diabetes mellitus, Typ 2   | 133      |
| 28 | H91        | Sonstiger Hörverlust   | 127      |
| 29 | R26        | Störungen des Ganges und der Mobilität   | 126      |
| 30 | Z96        | Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten  | 125      |

## B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| #  | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung   | Fallzahl |
|----|----------------------|---|----------|
| 1  | 3-990                | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung  | 136      |
| 2  | 1-901.0              | (Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach  | 104      |
| 3  | 3-200                | Native Computertomographie des Schädels   | 97       |
| 4  | 8-550.1              | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten | 55       |
| 5  | 3-993                | Quantitative Bestimmung von Parametern  | 48       |
| 6  | 9-984.7              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2  | 45       |
| 7  | 9-984.8              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  | 41       |
| 8  | 1-632.0              | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs   | 30       |
| 9  | 3-900                | Knochendichtemessung (alle Verfahren)   | 27       |
| 10 | 9-984.9              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4  | 20       |

| #  | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung  | Fallzahl |
|----|----------------------|--|----------|
| 11 | 8-800.c0             | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 19       |
| 12 | 1-440.a              | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt   | 18       |
| 13 | 3-206                | Native Computertomographie des Beckens   | 13       |
| 14 | 3-203                | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark  | 12       |
| 15 | 1-440.9              | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt      | 12       |
| 16 | 9-984.6              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1   | 12       |
| 17 | 3-222                | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel  | 11       |
| 18 | 3-202                | Native Computertomographie des Thorax  | 10       |
| 19 | 8-550.0              | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten                 | 9        |
| 20 | 3-228                | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel   | 8        |
| 21 | 3-205                | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems  | 8        |
| 22 | 1-266.0              | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher                  | 7        |
| 23 | 9-984.b              | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad   | 6        |
| 24 | 3-225                | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel  | 6        |
| 25 | 9-984.a              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5   | 6        |
| 26 | 3-207                | Native Computertomographie des Abdomens  | 6        |
| 27 | 8-191.10             | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad                    | 5        |
| 28 | 9-401.30             | Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden                                   | 5        |
| 29 | 1-715                | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt  | 5        |
| 30 | 1-206                | Neurographie   | 4        |

## B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| #  | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung   | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1  | 3-990      | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung                        | 136      |
| 2  | 9-984      | Pflegebedürftigkeit   | 130      |
| 3  | 1-901      | (Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik                         | 104      |
| 4  | 3-200      | Native Computertomographie des Schädels                                     | 97       |
| 5  | 8-550      | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung                           | 67       |
| 6  | 3-993      | Quantitative Bestimmung von Parametern                                      | 48       |
| 7  | 1-632      | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie                                   | 33       |
| 8  | 1-440      | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas  | 30       |
| 9  | 3-900      | Knochendichtemessung (alle Verfahren)                                       | 27       |
| 10 | 8-800      | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 19       |

## B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz      | Bezeichnung der Ambulanz                                       |
|---|-----------------------|--|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | Spezialambulanz<br>Privatambulanz: Dr. med. Claudia Schinköthe |

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

| # | Ambulanz        | Leistung                   |
|---|-----------------|----------------------------|
| 1 | Spezialambulanz | VI27 - Spezialsprechstunde |

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

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

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

## B-[0200].11 Personelle Ausstattung

### B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

|   |                 |      |                    |            |
|---|-----------------|------|--------------------|------------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten           |                 |      |                    | 40         |
| <b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b> |                 |      |                    |            |
| Gesamt  |                 | 8,45 | Fälle je VK/Person | 1390,65088 |
| Beschäftigungsverhältnis                                    | <b>Mit</b>      | 8,45 | <b>Ohne</b>        | 0          |
| Versorgungsform   | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 8,45       |
| <b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>                  |                 |      |                    |            |
| Gesamt  |                 | 5,22 | Fälle je VK/Person | 2251,14941 |
| Beschäftigungsverhältnis                                    | <b>Mit</b>      | 5,22 | <b>Ohne</b>        | 0          |
| Versorgungsform   | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 5,22       |

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

| # | Facharztbezeichnungen                               |
|---|---|
| 1 | AQ23 - Innere Medizin<br>1 Facharzt                 |
| 2 | AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie<br>1 Facharzt |

### B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|----------------------|
| 1 | ZF09 - Geriatrie     |

### B-[0200].11.2 Pflegepersonal

|   |                 |      |                    |            |
|---|-----------------|------|--------------------|------------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten   |                 |      |                    | 40         |
| <b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b> |                 |      |                    |            |
| Gesamt  |                 | 13,6 | Fälle je VK/Person | 864,044067 |
| Beschäftigungsverhältnis  | <b>Mit</b>      | 13,6 | <b>Ohne</b>        | 0          |
| Versorgungsform   | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 13,6       |

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

|                          |                 |     |                    |        |
|--------------------------|-----------------|-----|--------------------|--------|
| Gesamt                   |                 | 1,2 | Fälle je VK/Person | 9792,5 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 1,2 | <b>Ohne</b>        | 0      |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0   | <b>Stationär</b>   | 1,2    |

## **Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

|                          |                 |      |                    |            |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt                   |                 | 2,47 | Fälle je VK/Person | 4757,48975 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 2,47 | <b>Ohne</b>        | 0          |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 2,47       |

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

|                          |                 |      |                    |          |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|----------|
| Gesamt                   |                 | 0,08 | Fälle je VK/Person | 146887,5 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 0,08 | <b>Ohne</b>        | 0        |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 0,08     |

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

### **# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss**

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ21 - Casemanagement

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

### **# Zusatzqualifikation**

- 1 ZP03 - Diabetes
- 2 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 3 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 4 ZP07 - Geriatrie
- 5 ZP09 - Kontinenzmanagement
- 6 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 7 ZP14 - Schmerzmanagement
- 8 ZP15 - Stomamanagement
- 9 ZP16 - Wundmanagement
- 10 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 11 ZP19 - Sturzmanagement

## B-[0107] Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie

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

|   |  |
|---|--|
| Abteilungsart   | Hauptabteilung   |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung   | Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie |
| Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Ingolf Schiefke<br>Leitender Oberarzt: Dr. med. Ingo Wallstabe<br>Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum |  |

Der Schwerpunkt der Klinik ist die Diagnostik und Behandlung von Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. Dazu gehören neben Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Darmes auch krankhafte Veränderungen der Leber und Bauchspeicheldrüse.

Der Klinik angeschlossen ist die Zentrale Endoskopie, in der für alle Patienten am Standort Eutritzsch endoskopische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. Ebenfalls ist die Zentrale Sonographie Bestandteil der Klinik.

In der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen verfügt die Klinik über ein sehr breites Spektrum an klinischen und technischen Möglichkeiten. Kontinuierlich wurde die Endoskopiertechnik inklusive der Diagnostik von Dünndarmerkrankungen auf den jeweils neuesten Stand der Technik gebracht. Damit werden krankhafte Veränderungen früher und besser diagnostiziert. Die Techniken zur endoskopischen Therapie von gutartigen Tumoren und Frühstadien bösartiger Tumoren wurden kontinuierlich erweitert und die Funktionsdiagnostik von Motilitätsstörungen erneuert. Schwerpunkte stellen weiterhin die endoskopische Adipositas-therapie und die Eingriffe bei Komplikationen der Leberzirrhose (TIPS-Shunts oder Ascitespumpe) dar.

Seit März 2011 ist Herr Prof. Dr. med. habil. Ingolf Schiefke Chefarzt der Klinik. Zuvor war er Leitender Oberarzt der Endoskopie in der Klinik für Gastroenterologie der Universität Leipzig. Neben seiner Chefarzt-Tätigkeit ist er auch als praktizierender Arzt in Niederlassung tätig. Er hält eine Reihe von Lehrveranstaltungen im Fach Gastroenterologie ab.

Die Patienten sind in Ein-, Zwei-, und Dreibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich 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 rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Wichtige Angebote sind die vor- und nachstationäre Versorgung.

Die Klinik arbeitet eng mit allen Kliniken des Klinikums, mit dem Zentrum für interdisziplinäre Krebsmedizin, dem Viszeralonkologischen Zentrum, dem Geriatriezentrum und dem Kooperativen Darmzentrum Nordwest-Sachsen zusammen.

### B-[0107].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel                             |
|---|---|
| 1 | 0107 - Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie |

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

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

|                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt                              |
| Titel, Vorname, Name          | Prof. Dr. med. habil. Ingolf Schiefke |
| Telefon                       | 0341 909 2626                         |
| Fax                           | 0341 909 2673                         |
| E-Mail                        | ingolf.schiefke@sanktgeorg.de         |
| Strasse                       | Nikolai-Rumjanzew-Str.                |
| Hausnummer                    | 100                                   |
| PLZ                           | 04207                                 |
| Ort                           | Leipzig                               |

URL

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

| # | Medizinische Leistungsangebote   |
|---|--|
| 1 | VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 2 | VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs                           |
| 3 | VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums                             |
| 4 | VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas      |
| 5 | VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen                              |
| 6 | VI35 - Endoskopie  |
| 7 | VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen   |

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

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 81 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0  |

## B-[0107].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| #  | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung  | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 1  | Z11              | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten                   | 68       |
| 2  | I10.00           | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise                            | 46       |
| 3  | Z11              | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten                   | 24       |
| 4  | Z92.1            | Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese                             | 19       |
| 5  | E11.90           | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet                    | 16       |
| 6  | U50.10           | Leichte motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 80-95 Punkte                           | 15       |
| 7  | R06.0            | Dyspnoe  | 15       |
| 8  | U51.10           | Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte               | 14       |
| 9  | R53              | Unwohlsein und Ermüdung  | 13       |
| 10 | Z90.7            | Verlust eines oder mehrerer Genitalorgane  | 12       |
| 11 | K57.30           | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung                 | 12       |
| 12 | Z99.1            | Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator   | 11       |
| 13 | K44.9            | Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän  | 11       |
| 14 | I48.0            | Vorhofflimmern, paroxysmal   | 11       |
| 15 | K21.0            | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis  | 11       |
| 16 | J96.11           | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] | 10       |
| 17 | Z92.1            | Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese                             | 10       |
| 18 | U50.20           | Mittlere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 60-75 Punkte                          | 10       |
| 19 | I25.11           | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung   | 10       |
| 20 | K59.09           | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation   | 10       |
| 21 | R06.0            | Dyspnoe  | 10       |
| 22 | D64.8            | Sonstige näher bezeichnete Anämien   | 9        |
| 23 | R63.4            | Abnorme Gewichtsabnahme  | 9        |
| 24 | R52.2            | Sonstiger chronischer Schmerz  | 9        |
| 25 | U50.50           | Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte                       | 9        |
| 26 | E11.90           | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet                    | 9        |

| #  | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung  | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 27 | Z96.64           | Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese                                     | 9        |
| 28 | E03.8            | Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose                                    | 9        |
| 29 | Z92.2            | Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese | 9        |
| 30 | E86              | Volumenmangel  | 9        |

## B-[0107].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| #  | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung   | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1  | Z11        | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten  | 92       |
| 2  | U50        | Motorische Funktionseinschränkung   | 58       |
| 3  | I10        | Essentielle (primäre) Hypertonie  | 56       |
| 4  | Z92        | Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese  | 41       |
| 5  | E11        | Diabetes mellitus, Typ 2  | 31       |
| 6  | I25        | Chronische ischämische Herzkrankheit  | 31       |
| 7  | I48        | Vorhofflimmern und Vorhofflattern   | 30       |
| 8  | J96        | Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert   | 30       |
| 9  | K29        | Gastritis und Duodenitis  | 30       |
| 10 | R06        | Störungen der Atmung  | 28       |
| 11 | I50        | Herzinsuffizienz  | 26       |
| 12 | Z99        | Abhängigkeit (langzeitig) von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert | 23       |
| 13 | U51        | Kognitive Funktionseinschränkung  | 23       |
| 14 | E78        | Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien  | 23       |
| 15 | Z74        | Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit  | 23       |
| 16 | Z95        | Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten   | 22       |
| 17 | I11        | Hypertensive Herzkrankheit  | 19       |
| 18 | N18        | Chronische Nierenkrankheit  | 18       |
| 19 | Z90        | Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert  | 18       |
| 20 | R53        | Unwohlsein und Ermüdung   | 16       |
| 21 | R10        | Bauch- und Beckenschmerzen  | 15       |
| 22 | K21        | Gastroösophageale Refluxkrankheit   | 15       |
| 23 | E03        | Sonstige Hypothyreose   | 15       |
| 24 | J44        | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit   | 14       |
| 25 | E87        | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts                                      | 14       |
| 26 | E86        | Volumenmangel   | 13       |
| 27 | K57        | Divertikulose des Darmes  | 13       |
| 28 | R63        | Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen  | 13       |
| 29 | K59        | Sonstige funktionelle Darmstörungen   | 12       |
| 30 | Z96        | Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten   | 12       |

## B-[0107].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung  | Fallzahl |
|---|----------------------|--|----------|
| 1 | 1-632.0              | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs  | 51       |
| 2 | 1-440.a              | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 33       |
| 3 | 3-990                | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung   | 30       |

| #  | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung   | Fallzahl |
|----|----------------------|---|----------|
| 4  | 1-440.9              | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas:<br>Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt  | 27       |
| 5  | 9-984.7              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2  | 20       |
| 6  | 1-710                | Ganzkörperplethysmographie  | 19       |
| 7  | 1-711                | Bestimmung der CO-Diffusionskapazität   | 19       |
| 8  | 9-984.8              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  | 19       |
| 9  | 1-650.1              | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum  | 17       |
| 10 | 3-993                | Quantitative Bestimmung von Parametern  | 14       |
| 11 | 1-715                | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt   | 14       |
| 12 | 8-716.10             | Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung<br>einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung | 12       |
| 13 | 1-650.2              | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie   | 11       |
| 14 | 3-225                | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel   | 11       |
| 15 | 1-444.6              | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie   | 11       |
| 16 | 1-791                | Kardiorespiratorische Polygraphie   | 10       |
| 17 | 8-800.c0             | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat:<br>Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE   | 10       |
| 18 | 1-444.7              | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien  | 9        |
| 19 | 3-222                | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel   | 9        |
| 20 | 3-200                | Native Computertomographie des Schädels   | 8        |
| 21 | 1-853.2              | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion   | 6        |
| 22 | 3-055.0              | Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege  | 5        |
| 23 | 5-469.d3             | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch   | 5        |
| 24 | 9-984.6              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1  | 5        |
| 25 | 5-985.0              | Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser   | 4        |
| 26 | 9-984.9              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4  | 4        |
| 27 | 5-469.e3             | Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch   | 4        |
| 28 | 8-153                | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle  | 4        |
| 29 | 3-202                | Native Computertomographie des Thorax   | 4        |

## B-[0107].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| #  | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung   | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1  | 1-440      | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas  | 60       |
| 2  | 1-632      | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie                                   | 55       |
| 3  | 9-984      | Pflegebedürftigkeit   | 51       |
| 4  | 3-990      | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung                        | 30       |
| 5  | 1-650      | Diagnostische Koloskopie  | 29       |
| 6  | 1-444      | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt                            | 20       |
| 7  | 3-993      | Quantitative Bestimmung von Parametern                                      | 14       |
| 8  | 3-225      | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel                         | 11       |
| 9  | 8-800      | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 10       |
| 10 | 5-513      | Endoskopische Operationen an den Gallengängen                               | 7        |

## B-[0107].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[0107].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz  | Bezeichnung der Ambulanz   |
|---|---|--|
| 1 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Spezialambulanz<br>Behandlung von endokrinologische Erkrankungen: Dr. med. Jürgen Krug   |
| 2 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Spezialambulanz<br>Transkavitäre Sonographie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes: Dr. med. Ingo Wallstabe                               |
| 3 | AM07 - Privatambulanz   | Spezialambulanz<br>Privatambulanz: Prof. Dr. med. Ingolf Schiefke  |
| 4 | AM07 - Privatambulanz   | Spezialambulanz<br>Privatambulanz: Dr. med. Jürgen Krug  |
| 5 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V   | Prästationäre Beratung und Diagnostik<br>Endoskopische diagnostische und therapeutische Eingriffe im Rahmen der vor- und nachstationären Betreuung |
| 6 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V   | Prästationäre Beratung und Diagnostik  |
| 7 | AM13 - Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)  | Hausärztlich internistische Ambulanz / DMP-Ambulanz<br>Frau Susann Gebbers / Frau Dr. Patricia Tönnessen   |

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

| # | Ambulanz  | Leistung   |
|---|---|--|
| 1 | Prästationäre Beratung und Diagnostik               | VI00 - („Sonstiges“)   |
| 2 | Hausärztlich internistische Ambulanz / DMP-Ambulanz | VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten      |
| 3 | Spezialambulanz                                     | VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 4 | Spezialambulanz                                     | VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)   |

### B-[0107].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

### B-[0107].11 Personelle Ausstattung

## B-[0107].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

|                          |                 |      |                    |            |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt                   |                 | 5,43 | Fälle je VK/Person | 238,121552 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 5,43 | <b>Ohne</b>        | 0          |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 5,43       |

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

|                          |                 |   |                    |     |
|--------------------------|-----------------|---|--------------------|-----|
| Gesamt                   |                 | 3 | Fälle je VK/Person | 431 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 3 | <b>Ohne</b>        | 0   |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0 | <b>Stationär</b>   | 3   |

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

#### # Facharztbezeichnungen

- AQ23 - Innere Medizin  
1 Facharzt
- AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie  
1 Facharzt
- AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie  
1 Facharzt

### B-[0107].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#### # Zusatz-Weiterbildung

- ZF34 - Proktologie
- ZF28 - Notfallmedizin

## B-[0107].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

|                          |                 |      |                    |           |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|-----------|
| Gesamt                   |                 | 0,86 | Fälle je VK/Person | 1503,4884 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 0,86 | <b>Ohne</b>        | 0         |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 0,86      |

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

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- PQ18 - Pflege in der Endoskopie
- PQ20 - Praxisanleitung
- PQ21 - Casemanagement

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

#### # Zusatzqualifikation

- ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- ZP05 - Entlassungsmanagement
- ZP06 - Ernährungsmanagement

## # Zusatzqualifikation

- 4 ZP07 - Geriatrie
- 5 ZP09 - Kontinenzmanagement
- 6 ZP13 - Qualitätsmanagement
- 7 ZP14 - Schmerzmanagement
- 8 ZP15 - Stomamanagement
- 9 ZP16 - Wundmanagement
- 10 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 11 ZP19 - Sturzmanagement

## B-[1000] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

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

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Abteilungsart                               | Hauptabteilung                       |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin |

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 Kindernephrologin.

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-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

# Fachabteilungsschlüssel

1 1000 - Pädiatrie

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

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Zentrumsleiter und Chefarzt Kinderchirurgie   |
| Titel, Vorname, Name          | Dr. med. Christian Geyer  |
| Telefon                       | 0341 909 3648   |
| Fax                           | 0341 909 3647   |
| E-Mail                        | kinderzentrum@sanktgeorg.de   |
| Strasse                       | Nikolai-Rumjanzew-Str.  |
| Hausnummer                    | 100   |
| PLZ                           | 04207   |
| Ort                           | Leipzig   |
| URL                           | <a href="https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zentrum-fuer-kinder-und-jugendmedizin.html">https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zentrum-fuer-kinder-und-jugendmedizin.html</a> |

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

| #  | Medizinische Leistungsangebote  |
|----|---|
| 1  | VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen   |
| 2  | VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation  |
| 3  | VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen  |
| 4  | VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes                                |
| 5  | VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas                 |
| 6  | VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge                            |
| 7  | VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen   |
| 8  | VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien  |
| 9  | VK14 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| 10 | VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen                 |
| 11 | VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien  |
| 12 | VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter                 |
| 13 | VK28 - Pädiatrische Psychologie   |
| 14 | VK29 - Spezialsprechstunde  |
| 15 | VK35 - Sozialpädiatrisches Zentrum  |

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

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 776 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0   |

## B-[1000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung  | Fallzahl |
|---|------------------|--|----------|
| 1 | Z11              | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten | 658      |
| 2 | Z29.0            | Isolierung als prophylaktische Maßnahme  | 543      |
| 3 | Z76.3            | Gesunde Begleitperson einer kranken Person                                     | 433      |
| 4 | R50.9            | Fieber, nicht näher bezeichnet   | 192      |
| 5 | R11              | Übelkeit und Erbrechen   | 149      |
| 6 | E86              | Volumenmangel  | 127      |
| 7 | R63.3            | Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung                                  | 113      |

| #  | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung   | Fallzahl |
|----|------------------|---|----------|
| 8  | J96.00           | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]              | 89       |
| 9  | A09.0            | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs              | 74       |
| 10 | J06.9            | Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet   | 71       |
| 11 | R05              | Husten  | 65       |
| 12 | R06.0            | Dyspnoe   | 54       |
| 13 | E87.2            | Azidose   | 53       |
| 14 | R63.6            | Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit  | 52       |
| 15 | A08.1            | Akute Gastroenteritis durch Norovirus   | 49       |
| 16 | H65.1            | Sonstige akute nichteitrige Otitis media  | 45       |
| 17 | R10.4            | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen   | 43       |
| 18 | R51              | Kopfschmerz   | 38       |
| 19 | J20.9            | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet  | 37       |
| 20 | J20.5            | Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]                                       | 36       |
| 21 | J06.8            | Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege                           | 35       |
| 22 | K59.09           | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation  | 35       |
| 23 | J12.1            | Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]  | 31       |
| 24 | B86              | Skabies   | 30       |
| 25 | R55              | Synkope und Kollaps   | 27       |
| 26 | A09.9            | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs | 24       |
| 27 | L20.8            | Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem  | 23       |
| 28 | J21.0            | Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]                                    | 23       |
| 29 | B37.0            | Candida-Stomatitis  | 23       |
| 30 | B37.2            | Kandidose der Haut und der Nägel  | 22       |

## B-[1000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| #  | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung   | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1  | Z11        | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten                                      | 658      |
| 2  | Z29        | Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen  | 543      |
| 3  | Z76        | Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen   | 433      |
| 4  | R50        | Fieber sonstiger und unbekannter Ursache  | 203      |
| 5  | R63        | Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen  | 185      |
| 6  | R11        | Übelkeit und Erbrechen  | 149      |
| 7  | E86        | Volumenmangel   | 127      |
| 8  | J06        | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege                      | 107      |
| 9  | A09        | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs | 98       |
| 10 | J96        | Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert   | 95       |
| 11 | J20        | Akute Bronchitis  | 85       |
| 12 | R06        | Störungen der Atmung  | 83       |
| 13 | A08        | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen  | 74       |
| 14 | E87        | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts                        | 74       |
| 15 | R05        | Husten  | 65       |
| 16 | R10        | Bauch- und Beckenschmerzen  | 64       |
| 17 | H65        | Nichteitrige Otitis media   | 63       |

| #  | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung  | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 18 | B37        | Kandidose  | 49       |
| 19 | S00        | Oberflächliche Verletzung des Kopfes   | 39       |
| 20 | J03        | Akute Tonsillitis  | 39       |
| 21 | R51        | Kopfschmerz  | 38       |
| 22 | J12        | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert                              | 36       |
| 23 | K59        | Sonstige funktionelle Darmstörungen  | 36       |
| 24 | J21        | Akute Bronchiolitis  | 30       |
| 25 | Z13        | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige Krankheiten oder Störungen | 30       |
| 26 | B86        | Skabies  | 30       |
| 27 | T78        | Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert                 | 28       |
| 28 | R55        | Synkope und Kollaps  | 27       |
| 29 | L20        | Atopisches [endogenes] Ekzem   | 24       |
| 30 | R56        | Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert                                     | 23       |

## B-[1000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| #  | OPS Code (N-stellig) | 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                     | 102      |
| 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 | 77       |
| 3  | 8-930                | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes   | 46       |
| 4  | 1-207.0              | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)   | 17       |
| 5  | 8-191.10             | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad   | 10       |
| 6  | 1-945.0              | Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit: Ohne weitere Maßnahmen  | 9        |
| 7  | 8-712.1              | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]   | 9        |
| 8  | 8-971.0              | Multimodale dermatologische Komplexbehandlung: Ganzkörper-Dermatotherapie (mindestens 2 x tägl.)  | 8        |
| 9  | 9-984.8              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  | 7        |
| 10 | 8-903                | (Analgo-)Sedierung  | 7        |
| 11 | 9-984.7              | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2  | 5        |
| 12 | 3-990                | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung  | 4        |
| 13 | 5-916.a0             | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut   | 4        |
| 14 | 8-711.41             | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]: Bei Säuglingen (29. bis 365. Lebensstag)                | 4        |
| 15 | 5-921.09             | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Hand  | 4        |

## B-[1000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| #  | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung  | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1  | 8-98g      | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern                               | 182      |
| 2  | 8-930      | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes                        | 46       |
| 3  | 1-207      | Elektroenzephalographie [EEG]  | 18       |
| 4  | 9-984      | Pflegebedürftigkeit  | 17       |
| 5  | 5-921      | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen | 17       |
| 6  | 8-191      | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen   | 15       |
| 7  | 1-945      | Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit   | 11       |
| 8  | 8-712      | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen  | 11       |
| 9  | 8-971      | Multimodale dermatologische Komplexbehandlung  | 8        |
| 10 | 8-903      | (Analgo-)Sedierung   | 7        |

## B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz  | Bezeichnung der Ambulanz  |
|---|---|---|
| 1 | AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz   | D-Arzt-Kinderambulanz<br>Behandlung von Unfallverletzten in Kindereinrichtungen und Schulen   |
| 2 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Spezialambulanz<br>Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung, chronische Hepatopathien, Malabsorptionssyndrome, Ernährungsstörungen, Pankreaserkrankungen, spezielle gastroenterologische Symptome und Erkrankungen;<br>Morbus Willson: Dr. med. Marlen Zurek  |
| 3 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Spezialambulanz<br>Behandlung von chronischer bzw. rezidivierender Nephritis, Nephrosen unter Immunsuppression, chronische Glomerulonephritis im Rahmen von Systemerkrankungen, Kinder mit hämolytisch-urämischem Syndrom, Patienten mit Restschäden nach akutem Nierenversagen: Dr. med. Sabine Hollenbach |
| 4 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Spezialambulanz – Pädiatrische Immunologie<br>Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit immunologischen Erkrankungen: Prof. Dr. Michael Borte  |
| 5 | AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V  | Spezialambulanz<br>Prof. Dr. med. Michael Borte/ Dr. med. Fasshauer   |
| 6 | AM13 - Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)  | Ambulanz – Kinderchirurgie<br>Kinderchirurgische Versorgung Dr. med. Kerstin Großer   |
| 7 | AM13 - Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)  | Ambulanz<br>Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Dr. med. habil. Ulrike Diez   |

| # | Art der Ambulanz                                   | Bezeichnung der Ambulanz  |
|---|--|---|
| 8 | AM13 - Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) | Ambulanz<br>Allgemeinpädiatrische Ambulanz: MUDr. med. Anna Fucekvá |
| 9 | AM13 - Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) | Ambulanz<br>Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Dr. med. Vilser         |

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

| # | Ambulanz                                   | Leistung   |
|---|--|--|
| 1 | Ambulanz                                   | VX00 - („Sonstiges“)   |
| 2 | Ambulanz                                   | VX00 - („Sonstiges“)   |
| 3 | Ambulanz – Kinderchirurgie                 | VK00 - („Sonstiges“)   |
| 4 | D-Arzt-Kinderambulanz                      | VK00 - („Sonstiges“)   |
| 5 | Spezialambulanz                            | VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes |
| 6 | Spezialambulanz – Pädiatrische Immunologie | VK30 - Immunologie   |
| 7 | Spezialambulanz                            | VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen    |

## B-[1000].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

## B-[1000].11 Personelle Ausstattung

### B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

|                          |                 |                    |                  |      |
|--------------------------|-----------------|--------------------|------------------|------|
| Gesamt                   | 5,26            | Fälle je VK/Person | 147,5285         |      |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 5,26               | <b>Ohne</b>      | 0    |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0                  | <b>Stationär</b> | 5,26 |

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

|                          |                 |                    |                  |      |
|--------------------------|-----------------|--------------------|------------------|------|
| Gesamt                   | 2,92            | Fälle je VK/Person | 265,753418       |      |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 2,92               | <b>Ohne</b>      | 0    |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0                  | <b>Stationär</b> | 2,92 |

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

| # | Facharztbezeichnungen            |
|---|----------------------------------|
| 1 | AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin |
| 2 | AQ09 - Kinderchirurgie           |

## B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung            |
|---|---------------------------------|
| 1 | ZF17 - Kinder-Gastroenterologie |
| 2 | ZF18 - Kinder-Nephrologie       |
| 3 | ZF21 - Kinder-Rheumatologie     |
| 4 | ZF19 - Kinder-Orthopädie        |
| 5 | ZF20 - Kinder-Pneumologie       |

## B-[1000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

|                          |                 |       |                    |          |
|--------------------------|-----------------|-------|--------------------|----------|
| Gesamt                   |                 | 10,33 | Fälle je VK/Person | 75,12101 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 10,33 | <b>Ohne</b>        | 0        |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0     | <b>Stationär</b>   | 10,33    |

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

|                          |                 |      |                    |      |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------|
| Gesamt                   |                 | 0,08 | Fälle je VK/Person | 9700 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 0,08 | <b>Ohne</b>        | 0    |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 0,08 |

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

|                          |                 |      |                    |            |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt                   |                 | 3,04 | Fälle je VK/Person | 255,263153 |
| Beschäftigungsverhältnis | <b>Mit</b>      | 3,04 | <b>Ohne</b>        | 0          |
| Versorgungsform          | <b>Ambulant</b> | 0    | <b>Stationär</b>   | 3,04       |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches                     |
| 2 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege                            |
| 3 | PQ20 - Praxisanleitung   |
| 4 | PQ21 - Casemanagement  |

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

| # | Zusatzqualifikation   |
|---|---|
| 1 | ZP05 - Entlassungsmanagement<br>z. B. Überleitungspflege  |
| 2 | ZP06 - Ernährungsmanagement   |
| 3 | ZP08 - Kinästhetik  |
| 4 | ZP09 - Kontinenzmanagement  |
| 5 | ZP13 - Qualitätsmanagement  |
| 6 | ZP14 - Schmerzmanagement<br>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse |
| 7 | ZP15 - Stomamanagement  |
| 8 | ZP16 - Wundmanagement<br>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW   |

## # Zusatzqualifikation

9 ZP18 - Dekubitusmanagement

10 ZP19 - Sturzmanagement

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

##### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

**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

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>

0,85 - 0,89

-

<= 3,44 (95. Perzentil)

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

**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**

Leistungsbereich

09/1 -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

|   |   |
|---|---|
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 0,98 - 1,13   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |   |
| Referenzbereich   | <= 2,60 %   |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr                         | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

### 3. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

#### Ergebnis-ID

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 - |
| Art des Wertes                                   | TKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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 Versorgungs-qualität 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](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/>

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 54,68 - 55,41 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |

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

#### Ergebnis-ID

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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 Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, 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/eh150.

## Fachlicher Hinweis IQTIG

|   |   |
|---|---|
| Einheit   | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 94,02 - 94,36   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |   |
| Referenzbereich   | >= 90,00 %  |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr                         | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 0,02 - 0,04  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |  |
| Referenzbereich   | Sentinel Event   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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**

|  |   |
|--|---|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 -  |
| Art des Wertes                                   | QI  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False   |
|  | 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/> 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.

## Fachlicher Hinweis IQTIG

|   |  |
|---|--|
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 0,97 - 1,04  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |  |
| Referenzbereich   | <= 2,77 (95. Perzentil)  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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**

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Leistungsbereich    | 09/1 - |
| Art des Wertes      | QI     |
| Bezug zum Verfahren | QSKH   |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

True

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/> 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.

0,9 - 1,19

-

<= 6,14 (95. Perzentil)

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

## 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

Leistungsbereich  
Art des Wertes  
Bezug zum Verfahren  
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

09/1 -  
QI  
QSKH  
False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vertrauensbereich bundesweit

1,05 - 1,18

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

**9. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)**

**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

**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**

-

<= 4,29 (95. Perzentil)

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

09/1 -

QI

QSKH

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

%

88,73 - 89,15

-

>= 60,00 %

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

angemessen funktionierten.

**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich  
 Art des Wertes  
 Bezug zum Verfahren  
 Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

09/1 -  
 QI  
 QSKH  
 False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/> 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 Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

%  
 95,23 - 95,39  
 -  
 8

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit  
 Vertrauensbereich bundesweit  
 Vertrauensbereich Krankenhaus  
**Fallzahl**  
 Grundgesamtheit

|   |   |
|---|---|
| Beobachtete Ereignisse  | 8   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>   |   |
| Referenzbereich   | >= 90,00 %  |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr   | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich   |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| <b>11. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers</b>         |   |
| <b>Ergebnis-ID</b>  |   |
| Leistungsbereich  | 09/1 -  |
| Art des Wertes  | QI  |
| Bezug zum Verfahren   | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus  | False   |
|   | 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> 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:<br><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  |   |
| Einheit   | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 1,5 - 1,68  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus   | -   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>   |   |
| Referenzbereich   | <= 3,00 %   |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr   | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich   |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| <b>12. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</b> |   |
| <b>Ergebnis-ID</b>  |   |
| Leistungsbereich  | 09/1 -  |

|  |   |
|--|---|
| Art des Wertes   | QI  |
| Bezug zum Verfahren  | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus   | False   |
|  | <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: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, 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/eh150.</p> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   |   |
| Einheit  | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit   | 98,43 - 98,62   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus  | -   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>  |   |
| Referenzbereich  | >= 90,00 %  |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr  | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich   |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| <b>13. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten</b> |   |

## Ergebnis-ID

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 - |
| Art des Wertes                                   | TKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

## 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](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 Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 96,51 - 96,78 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |

## **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

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 - |
| Art des Wertes                                   | TKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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](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 Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Fachlicher Hinweis IQTIG

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit                       | %           |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 0,07 - 0,12 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -           |

**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**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 09/1 - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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 Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

## Fachlicher Hinweis IQTIG

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 1,68 - 1,88  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>   |  |
| Referenzbereich   | <= 10,00 %   |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr   | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| <b>16. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</b> |  |
| <b>Ergebnis-ID</b>  |  |
| Leistungsbereich  | 15/1 -   |
| Art des Wertes  | QI   |
| Bezug zum Verfahren   | QSKH, QS-Planung   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus  | False  |
|   | 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 |

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

### 17. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

#### Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

%

7,35 - 8,24

-

<= 20,00 %

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

eingeschränkt/nicht vergleichbar

15/1 -

QI

QSKH, QS-Planung

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

%

0,88 - 1,09

-

<= 5,00 %

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

**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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

eingeschränkt/nicht vergleichbar

15/1 -

QI

QSKH, QS-Planung

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vertrauensbereich bundesweit  
 Vertrauensbereich Krankenhaus  
**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**  
 Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
 Qualitätsbericht

Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

1,05 - 1,19

-

<= 4,18

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 19. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

### Ergebnis-ID

Leistungsbereich

15/1 -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Einheit

%

Vertrauensbereich bundesweit

2,9 - 3,12

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 6,19 % (90. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

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

Leistungsbereich

15/1 -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

**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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

%

0,84 - 1,02

-

Sentinel Event

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

eingeschränkt/nicht vergleichbar

15/1 -

QI

QSKH

False

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-](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 19,41 - 20,84  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |  |
| Referenzbereich   | <= 44,70 % (95. Perzentil)   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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**

|  |  |
|--|--|
| Leistungsbereich                                 | 15/1 -   |
| Art des Wertes                                   | QI   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |
| 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 88,23 - 88,88  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |  |
| Referenzbereich   | >= 74,11 % (5. Perzentil)  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | 18/1 - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

**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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

%

99,3 - 99,43

-

>= 97,04 % (5. Perzentil)

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

18/1 -

QI

QSKH, QS-Planung

False

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-](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 0,05 - 0,22  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>   | Sentinel Event   |
| Referenzbereich   | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr   |  |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| <b>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</b> |  |
| <b>Ergebnis-ID</b>  |  |
| Leistungsbereich  | 18/1 -   |
| Art des Wertes  | QI   |
| Bezug zum Verfahren   | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus  | False  |
| 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 3,59 - 4,68  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>   | <= 5,13 % (80. Perzentil)  |
| Referenzbereich   | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr   |  |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht   | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| <b>26. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage</b>   |  |
| <b>Ergebnis-ID</b>  |  |
| Leistungsbereich  | 18/1 -   |
| Art des Wertes  | QI   |
| Bezug zum Verfahren   | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus  | False  |
|   | 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten als auch deren Angehörige in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

%

3,07 - 3,38

-

<= 11,67 % (95. Perzentil)

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**27. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt**

**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

18/1 -

QI

QSKH

False

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

|   |   |
|---|---|
| Einheit   | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 97,82 - 98,03   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |   |
| Referenzbereich   | >= 95,00 %  |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr                         | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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**

|  |   |
|--|---|
| Leistungsbereich                                 | 18/1 -  |
| Art des Wertes                                   | QI  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False   |
| 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 96,78 - 97,16  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |  |
| Referenzbereich   | >= 90,00 %   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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

|   |   |
|---|---|
| Leistungsbereich  | 18/1 -  |
| Art des Wertes  | QI  |
| Bezug zum Verfahren   | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus                | False   |
|   | 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. |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  |   |
| Einheit   | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 13,13 - 13,66   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |   |
| Referenzbereich   | Nicht definiert   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind  |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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

|   |  |
|---|--|
| Leistungsbereich                                      | 18/1 -   |
| Art des Wertes  | QI   |
| Bezug zum Verfahren                                   | QSKH, QS-Planung   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus      | False  |
|   | 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                              |  |
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit                          | 98,69 - 98,95  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                         | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b> |  |
| Referenzbereich                                       | >= 95,00 %   |

|  |  |
|--|--|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr  | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| <b>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.)</b> |  |
| <b>Ergebnis-ID</b>   |  |
| Leistungsbereich   | 18/1 -   |
| Art des Wertes   | QI   |
| Bezug zum Verfahren  | QSKH, QS-Planung   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus   | False  |
|  | 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   |  |
| Einheit  | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit   | 99,35 - 99,57  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus  | -  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>  |  |
| Referenzbereich  | >= 95,00 %   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr  | <b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind   |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| <b>32. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden</b>   |  |
| <b>Ergebnis-ID</b>   |  |
| Leistungsbereich   | 18/1 -   |
| Art des Wertes   | QI   |
| Bezug zum Verfahren  | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus   | False  |
|  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit  |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

**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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

%

11,06 - 11,58

-

<= 23,01 % (95. Perzentil)

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

DEK -

QI

QSKH

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

|   |   |
|---|---|
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 1,04 - 1,06   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -   |
| <b>Fallzahl</b>   |   |
| Grundgesamtheit   | 4614  |
| Beobachtete Ereignisse  | 14  |
| Erwartete Ereignisse  | 33,82   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |   |
| Referenzbereich   | <= 2,32 (95. Perzentil)   |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr                         | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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**

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | DEK - |
| Art des Wertes                                   | QI    |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit  
 Vertrauensbereich bundesweit  
 Vertrauensbereich Krankenhaus  
**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**  
 Referenzbereich  
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr  
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr  
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
 Qualitätsbericht

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\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

%  
 0 - 0  
 -  
 Sentinel Event  
 eingeschränkt/nicht vergleichbar  
**S99** - Sonstiges: Sonstiges (im Kommentar erläutert)  
 eingeschränkt/nicht vergleichbar

**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**

Leistungsbereich  
 Art des Wertes  
 Bezug zum Verfahren  
 Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

DEK -  
 TKez  
 QSKH  
 False

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](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/>

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit                       | %           |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 0,06 - 0,06 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -           |

**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**

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | DEK - |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False |

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:

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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/>

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit                       | %           |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 0,33 - 0,33 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -           |

**Fallzahl**

|                        |      |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit        | 4614 |
| Beobachtete Ereignisse | 12   |

**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

Leistungsbereich  
 Art des Wertes  
 Bezug zum Verfahren  
 Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

NEO -  
 TKez  
 QSKH  
 False

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](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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vertrauensbereich bundesweit  
 Vertrauensbereich Krankenhaus

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

Leistungsbereich  
 Art des Wertes  
 Bezug zum Verfahren  
 Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

NEO -  
 TKez  
 QSKH  
 False

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](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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. 0,81 - 1,07

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

### **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**

Leistungsbereich

NEO -

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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 Versorgungs-qualität 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](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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)  
1,06 - 1,27

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**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**

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | NEO - |
| Art des Wertes                                   | QI    |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | True  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit

Fachlicher Hinweis IQTIG

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

0,86 - 0,97

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

-

<= 2,34 (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

**41. Eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand, die während oder nach der Beatmung aufgetreten ist**

**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

NEO -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Der 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.

0,83 - 0,94

-

<= 2,28 (95. Perzentil)

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

## Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

### 42. Ein Hörtest wurde durchgeführt

#### Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

NEO -

QI

QSKH

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

%

97,97 - 98,14

-

>= 95,00 %

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

## Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

**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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/nicht vergleichbar

NEO -

QI

QSKH

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

0,87 - 1,03

-

<= 2,47 (95. Perzentil)

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

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

Leistungsbereich

NEO -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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:

Vertrauensbereich bundesweit

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,96 - 1,03

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

-

Referenzbereich

<= 2,00 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

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**

Leistungsbereich

NEO -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Vertrauensbereich bundesweit

0,34 - 0,42

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Sentinel Event

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

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**

Leistungsbereich

NEO -

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität 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](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“.

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit                       | %           |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 2,95 - 3,66 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -           |

#### **47. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

##### **Ergebnis-ID**

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | NEO - |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False |

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 Versorgungs-qualität 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](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“.

Fachlicher Hinweis IQTIG

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit                       | %           |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 2,82 - 3,71 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -           |

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

##### **Ergebnis-ID**

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | NEO - |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

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](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“.

%

6,12 - 7,28

-

NEO -

TKez

QSKH

False

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](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“.

%

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

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | NEO - |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False |

### 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](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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit  | 0,98 - 1,18 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -           |

## 51. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

### Ergebnis-ID

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | NEO - |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False |

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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“.

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit                       | %           |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 1,71 - 2,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -           |

**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**

|  |       |
|--|-------|
| Leistungsbereich                                 | NEO - |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False |

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

0,8 - 1,04

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

**53. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten**

**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

NEO -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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-](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Fachlicher Hinweis IQTIG

Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Frühgeburtlichkeit 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).

Vertrauensbereich bundesweit

1 - 1,11

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

## Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 2,23 (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

## 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)

### Ergebnis-ID

Leistungsbereich

NEO -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Vertrauensbereich bundesweit

9,64 - 10,63

Vertrauensbereich Krankenhaus

## Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

### 55. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

#### Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

#### Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

### 56. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen

-

<= 26,76 % (95. Perzentil)

**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

eingeschränkt/nicht vergleichbar

PNEU -

QI

QSKH

False

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

%

98,73 - 98,81

-

167

166

>= 95,00 %

eingeschränkt/nicht vergleichbar

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

unverändert

## auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

### Ergebnis-ID

|  |   |
|--|---|
| Leistungsbereich                                 | PNEU -  |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False   |
|  | 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: |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                         | <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a> 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>   |
| Einheit  | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit                     | 98,79 - 98,87   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                    | -   |
| <b>Fallzahl</b>                                  |   |
| Grundgesamtheit                                  | 161   |
| Beobachtete Ereignisse                           | 160   |

## 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

|  |   |
|--|---|
| Leistungsbereich                                 | PNEU -  |
| Art des Wertes                                   | TKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False   |
|  | 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. |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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](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/>

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 97,25 - 97,81 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 6             |
| Beobachtete Ereignisse        | 6             |

**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

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

|   |  |
|---|--|
| Einheit   | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 93,08 - 93,34  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -  |
| <b>Fallzahl</b>   |  |
| Grundgesamtheit   | 138  |
| Beobachtete Ereignisse  | 115  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |  |
| Referenzbereich   | >= 90,00 %   |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr                         | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | verschlechtert   |

## **59. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen**

### **Ergebnis-ID**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 92,49 - 92,79 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 91            |

Fachlicher Hinweis IQTIG

|  |   |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse   | 90  |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>  |   |
| Referenzbereich  | >= 90,00 %  |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr  | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich   |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht  | unverändert   |
| <b>60. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist</b> |   |
| <b>Ergebnis-ID</b>   |   |
| Leistungsbereich   | PNEU -  |
| Art des Wertes   | QI  |
| Bezug zum Verfahren  | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus   | False   |
|  | 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> 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:<br><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   |   |
| Einheit  | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit   | 96,41 - 96,58   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus  | -   |
| <b>Fallzahl</b>  |   |
| Grundgesamtheit  | 109   |
| Beobachtete Ereignisse   | 108   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>  |   |
| Referenzbereich  | >= 95,00 %  |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr  | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich   |

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht verbessert

## 61. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

### Ergebnis-ID

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | TKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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/>

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 98,62 - 98,73 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 108           |
| Beobachtete Ereignisse        | 108           |

## 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

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | TKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 15,35 - 15,69 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 157           |
| Beobachtete Ereignisse        | 23            |

**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**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität 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](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.

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 Versorgungs-qualität 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](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.

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 98,63 - 98,73 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 157           |
| Beobachtete Ereignisse        | 156           |

**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**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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.

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Einheit                       | %            |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 98,69 - 98,8 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -            |
| <b>Fallzahl</b>               |              |
| Grundgesamtheit               | 151          |
| Beobachtete Ereignisse        | 150          |

**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

|  |   |
|--|---|
| Leistungsbereich                                 | PNEU -  |
| Art des Wertes                                   | EKez  |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH  |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False   |
|  | 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a> 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                         |   |

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 96,41 - 97,26 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 6             |
| Beobachtete Ereignisse        | 6             |

**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

|  |  |
|--|--|
| Leistungsbereich                                 | PNEU -   |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |
|  | 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität 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](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/>

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 82,89 - 83,19 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 148           |
| Beobachtete Ereignisse        | 124           |

**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**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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 Versorgungs-qualität 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](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

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 92,52 - 92,87 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 85            |
| Beobachtete Ereignisse        | 84            |

**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

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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.

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Einheit                       | %          |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 95,77 - 96 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -          |
| <b>Fallzahl</b>               |            |
| Grundgesamtheit               | 101        |
| Beobachtete Ereignisse        | 100        |

**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

|  |  |
|--|--|
| Leistungsbereich                                 | PNEU -   |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |
|  | 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:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a> 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Fachlicher Hinweis IQTIG                         |  |
| Einheit  | %  |
| Vertrauensbereich bundesweit                     | 98,57 - 98,71  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                    | -  |
| <b>Fallzahl</b>                                  |  |
| Grundgesamtheit                                  | 100  |
| Beobachtete Ereignisse                           | 100  |

**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**

|  |  |
|--|--|
| Leistungsbereich                                 | PNEU -   |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |
|  | 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität 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](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/>

Vertrauensbereich bundesweit

1 - 1,03

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit

154

Beobachtete Ereignisse

12

Erwartete Ereignisse

10,89

**71. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).**

**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

PNEU -

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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/>

Einheit

%

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Vertrauensbereich bundesweit  | 16,92 - 17,2 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -            |
| <b>Fallzahl</b>               |              |
| Grundgesamtheit               | 167          |
| Beobachtete Ereignisse        | 24           |

**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**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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.

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit                       | %             |
| Vertrauensbereich bundesweit  | 96,63 - 96,79 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | -             |
| <b>Fallzahl</b>               |               |
| Grundgesamtheit               | 156           |
| Beobachtete Ereignisse        | 153           |

**73. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.**

**Ergebnis-ID**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | EKez   |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](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/> Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.

Vertrauensbereich bundesweit

1 - 1,03

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

#### **74. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen**

##### **Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

PNEU -

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

False

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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/>

|   |   |
|---|---|
| Einheit   | %   |
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 96,69 - 96,82   |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -   |
| <b>Fallzahl</b>   |   |
| Grundgesamtheit   | 166   |
| Beobachtete Ereignisse  | 163   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |   |
| Referenzbereich   | >= 95,00 %  |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr                         | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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**

|  |        |
|--|--------|
| Leistungsbereich                                 | PNEU - |
| Art des Wertes                                   | QI     |
| Bezug zum Verfahren                              | QSKH   |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | False  |

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) 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.

Fachlicher Hinweis IQTIG

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\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.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.

|   |   |
|---|---|
| Vertrauensbereich bundesweit                                    | 1 - 1,03  |
| Vertrauensbereich Krankenhaus                                   | -   |
| <b>Fallzahl</b>   |   |
| Grundgesamtheit   | 144   |
| Beobachtete Ereignisse  | 11  |
| Erwartete Ereignisse  | 10,01   |
| <b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>           |   |
| Referenzbereich   | <= 1,98 (95. Perzentil)   |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr                         | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr                           | <b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | 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

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-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

## 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 | 18 |
| - Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen  | 10 |
| - Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben   | 10 |

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht   | Erfüllungsgrad                                      |
|---|---|---|
| 1 | Geriatrie - GAGER Station 2B - SG08.2G - Tagschicht                     | 100 %<br>inaktiv seit 04/2020                       |
| 2 | Geriatrie - GAGER Station 2B - SG08.2G - Nachtschicht                   | 100 %<br>inaktiv seit 04/2020; inaktiv seit 04/2021 |
| 3 | Innere Medizin - GAGER Station 8 2B - gesperrt - Tagschicht             | 100 %<br>seit 04/2020 inaktiv                       |
| 4 | Innere Medizin - GAGER Station 8 2B - gesperrt - Nachtschicht           | 100 %<br>seit 04/2020 inaktiv                       |
| 5 | Kardiologie - GKARD Station 2A - SG08.2F - Tagschicht                   | 100 %<br>seit dem 22.12.2020 inaktiv                |
| 6 | Kardiologie - GKARD Station 2A - SG08.2F - Nachtschicht                 | 100 %<br>seit dem 22.12.2020 inaktiv                |
| 7 | Innere Medizin, Kardiologie - GKARD Station 8 2F - SG08.2F - Tagschicht | 100 %<br>seit 27.12.2020 inaktiv                    |

| #  | Bereich - Station - Schicht   | Erfüllungsgrad  |
|----|---|---|
| 8  | Innere Medizin, Kardiologie - GKARD Station 8 2F - SG08.2F - Nachtschicht | 100 %<br>seit 27.12.2020 inaktiv                                  |
| 9  | Pädiatrie - GKCH Station 8 2B - SG08.2B - Tagschicht                      | 100 %<br>Keine Belegung mit GKCH-Patienten                        |
| 10 | Pädiatrie - GKCH Station 8 2B - SG08.2B - Nachtschicht                    | 100 %   |
| 11 | Innere Medizin - GKK - Station 8.2B - SG08.2B - Tagschicht                | 100 %<br>SG02.B - Gesamt 14 PB (Kindermedizin + Kinderchirurgie)  |
| 12 | Innere Medizin - GKK - Station 8.2B - SG08.2B - Nachtschicht              | 100 %   |
| 13 | Pädiatrie - GKK Station 8 2B - SG08.2B - Tagschicht                       | 100 %<br>SG08.2B - Gesamt 14 PB (Kindermedizin + Kinderchirurgie) |
| 14 | Pädiatrie - GKK Station 8 2B - SG08.2B - Nachtschicht                     | 100 %   |
| 15 | Innere Medizin - GONKO Station 81G - SG08.1G - Tagschicht                 | 100 %<br>seit 30.11.2020 inaktiv                                  |
| 16 | Innere Medizin - GONKO Station 81G - SG08.1G - Nachtschicht               | 100 %<br>seit 30.11.2020 inaktiv                                  |
| 17 | Innere Medizin - GPNEU 8 0E ITS - SG08.0E1 - Tagschicht                   | 100 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch          |
| 18 | Innere Medizin - GPNEU 8 0E ITS - SG08.0E1 - Nachtschicht                 | 100 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch          |
| 19 | Innere Medizin - GPNEU Station 1A 8 1F2 - SG08.1F - Tagschicht            | 100 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch          |
| 20 | Innere Medizin - GPNEU Station 1A 8 1F2 - SG08.1F - Nachtschicht          | 100 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch          |
| 21 | Innere Medizin - GPNEU Station 1B 8 1F2 - SG08.1G - Tagschicht            | 100 %<br>seit 22.12.2020 18 PB auf 20IVB                          |
| 22 | Innere Medizin - GPNEU Station 1B 8 1F2 - SG08.1G - Nachtschicht          | 100 %<br>seit 22.12.2020 18 PB auf 20IVB                          |

| #  | Bereich - Station - Schicht  | Erfüllungsgrad  |
|----|--|---|
| 23 | Innere Medizin - GPNEU Station 8IB Schlaflabor - SG08.1B<br>- Tagschicht   | 100 %<br>wird vom Funktionsdienst betrieben, deshalb keine Pflegekräfte |
| 24 | Innere Medizin - GPNEU Station 8IB Schlaflabor - SG08.1B<br>- Nachtschicht | 100 %<br>wird vom Funktionsdienst betrieben, deshalb keine Pflegekräfte |
| 25 | Intensivmedizin - GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1 -<br>Tagschicht        | 100 %<br>0 PB, seit 22.12.20 4 PB auf 20I, 4PB inaktiv                  |
| 26 | Intensivmedizin - GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1 -<br>Nachtschicht      | 100 %<br>0 PB, seit 22.12.20 4 PB auf 20I, 4PB inaktiv                  |
| 27 | Innere Medizin - GPNEU Station IMC 8 1F2 - SG08.1F2 -<br>Tagschicht        | 100 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch                |
| 28 | Innere Medizin - GPNEU Station IMC 8 1F2 - SG08.1F2 -<br>Nachtschicht      | 100 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch                |
| 29 | Innere Medizin - GSTR Station 1II - SE01.2 - Tagschicht                    | 100 %<br>seit dem 27.12.20 18 PB im Haus 10 (8 PB 10II, 10 PB 10I)      |
| 30 | Innere Medizin - GSTR Station 1II - SE01.2 - Nachtschicht                  | 100 %<br>seit dem 27.12.20 18 PB im Haus 10 (8 PB 10II, 10 PB 10I)      |
| 31 | Pädiatrie - SG08.2B - Tagschicht   | 100 %   |
| 32 | Pädiatrie - SG08.2B - Nachtschicht   | 100 %   |
| 33 | Innere Medizin - SG08.2F - Tagschicht                                      | 100 %   |
| 34 | Innere Medizin - SG08.2F - Nachtschicht                                    | 100 %   |
| 35 | Geriatric - SG08.2G - Tagschicht   | 100 %   |
| 36 | Geriatric - SG08.2G - Nachtschicht   | 100 %   |

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht                           | Erfüllungsgrad                                    |
|---|---|---|
| 1 | Geriatric - GAGER Station 2B - SG08.2G - Tagschicht   | 0 %<br>inaktiv seit 04/2020                       |
| 2 | Geriatric - GAGER Station 2B - SG08.2G - Nachtschicht | 0 %<br>inaktiv seit 04/2020; inaktiv seit 04/2021 |

| #  | Bereich - Station - Schicht   | Erfüllungsgrad  |
|----|---|---|
| 3  | Innere Medizin - GAGER Station 8 2B - gesperrt - Tagschicht               | 0 %<br>seit 04/2020 inaktiv   |
| 4  | Innere Medizin - GAGER Station 8 2B - gesperrt - Nachtschicht             | 0 %<br>seit 04/2020 inaktiv   |
| 5  | Kardiologie - GKARD Station 2A - SG08.2F - Tagschicht                     | 0 %<br>seit dem 22.12.2020 inaktiv                                  |
| 6  | Kardiologie - GKARD Station 2A - SG08.2F - Nachtschicht                   | 0 %<br>seit dem 22.12.2020 inaktiv                                  |
| 7  | Innere Medizin, Kardiologie - GKARD Station 8 2F - SG08.2F - Tagschicht   | 0 %<br>seit 27.12.2020 inaktiv                                      |
| 8  | Innere Medizin, Kardiologie - GKARD Station 8 2F - SG08.2F - Nachtschicht | 0 %<br>seit 27.12.2020 inaktiv                                      |
| 9  | Pädiatrie - GKCH Station 8 2B - SG08.2B - Tagschicht                      | 16,13 %<br>Keine Belegung mit GKCH-Patienten                        |
| 10 | Pädiatrie - GKCH Station 8 2B - SG08.2B - Nachtschicht                    | 0 %   |
| 11 | Innere Medizin - GKK - Station 8.2B - SG08.2B - Tagschicht                | 93,22 %<br>SG02.B - Gesamt 14 PB (Kindermedizin + Kinderchirurgie)  |
| 12 | Innere Medizin - GKK - Station 8.2B - SG08.2B - Nachtschicht              | 96,61 %   |
| 13 | Pädiatrie - GKK Station 8 2B - SG08.2B - Tagschicht                       | 93,22 %<br>SG08.2B - Gesamt 14 PB (Kindermedizin + Kinderchirurgie) |
| 14 | Pädiatrie - GKK Station 8 2B - SG08.2B - Nachtschicht                     | 96,61 %   |
| 15 | Innere Medizin - GONKO Station 81G - SG08.1G - Tagschicht                 | 0 %<br>seit 30.11.2020 inaktiv                                      |
| 16 | Innere Medizin - GONKO Station 81G - SG08.1G - Nachtschicht               | 0 %<br>seit 30.11.2020 inaktiv                                      |
| 17 | Innere Medizin - GPNEU 8 0E ITS - SG08.0E1 - Tagschicht                   | 0 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch              |

| #  | Bereich - Station - Schicht  | Erfüllungsgrad  |
|----|--|---|
| 18 | Innere Medizin - GPNEU 8 0E ITS - SG08.0E1 -<br>Nachtschicht               | 0 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch                        |
| 19 | Innere Medizin - GPNEU Station 1A 8 1F2 - SG08.1F -<br>Tagschicht          | 0 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch                        |
| 20 | Innere Medizin - GPNEU Station 1A 8 1F2 - SG08.1F -<br>Nachtschicht        | 0 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch                        |
| 21 | Innere Medizin - GPNEU Station 1B 8 1F2 - SG08.1G -<br>Tagschicht          | 0 %<br>seit 22.12.2020 18 PB auf 20IVB  |
| 22 | Innere Medizin - GPNEU Station 1B 8 1F2 - SG08.1G -<br>Nachtschicht        | 0 %<br>seit 22.12.2020 18 PB auf 20IVB  |
| 23 | Innere Medizin - GPNEU Station 8IB Schlaflabor - SG08.1B<br>- Tagschicht   | 27,12 %<br>wird vom Funktionsdienst betrieben, deshalb keine<br>Pflegerkräfte |
| 24 | Innere Medizin - GPNEU Station 8IB Schlaflabor - SG08.1B<br>- Nachtschicht | 27,12 %<br>wird vom Funktionsdienst betrieben, deshalb keine<br>Pflegerkräfte |
| 25 | Intensivmedizin - GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1 -<br>Tagschicht        | 0 %<br>0 PB, seit 22.12.20 4 PB auf 20I, 4PB inaktiv                          |
| 26 | Intensivmedizin - GPNEU Station GPNEUITS - SG08.0E1 -<br>Nachtschicht      | 0 %<br>0 PB, seit 22.12.20 4 PB auf 20I, 4PB inaktiv                          |
| 27 | Innere Medizin - GPNEU Station IMC 8 1F2 - SG08.1F2 -<br>Tagschicht        | 0 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch                        |
| 28 | Innere Medizin - GPNEU Station IMC 8 1F2 - SG08.1F2 -<br>Nachtschicht      | 0 %<br>inaktiv seit 23.12.2020 - Umzug nach Eutritzsch                        |
| 29 | Innere Medizin - GSTR Station 1II - SE01.2 - Tagschicht                    | 0 %<br>seit dem 27.12.20 18 PB im Haus 10 (8 PB 10II, 10 PB<br>10I)           |
| 30 | Innere Medizin - GSTR Station 1II - SE01.2 - Nachtschicht                  | 0 %<br>seit dem 27.12.20 18 PB im Haus 10 (8 PB 10II, 10 PB<br>10I)           |
| 31 | Pädiatrie - SG08.2B - Tagschicht   | 84 %  |

| #  | Bereich - Station - Schicht             | Erfüllungsgrad |
|----|---|----------------|
| 32 | Pädiatrie - SG08.2B - Nachtschicht      | 27,27 %        |
| 33 | Innere Medizin - SG08.2F - Tagschicht   | 94,21 %        |
| 34 | Innere Medizin - SG08.2F - Nachtschicht | 87,7 %         |
| 35 | Geriatric - SG08.2G - Tagschicht        | 100 %          |
| 36 | Geriatric - SG08.2G - Nachtschicht      | 81,97 %        |