

Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

Rottal-Inn Klinik Standort Pfarrkirchen

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Jahr
2020

Übermittelt am: 18.10.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Vorwort

Krankenhäuser, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind (§ 108 SGB V), müssen jedes Jahr strukturierte Qualitätsberichte erstellen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Berichte sollen Patienten dabei helfen, ein für die Behandlung ihrer Erkrankung geeignetes Krankenhaus zu finden. Ärzte und Krankenversicherungen können Patienten mit Hilfe der Berichte leichter Empfehlungen für geeignete Krankenhäuser aussprechen. Zudem dienen die Qualitätsberichte Krankenhäusern als Informationsplattform, um Behandlungsschwerpunkte, Serviceangebote und Ergebnisse der Qualitätssicherung öffentlich darstellen zu können.

Die Qualitätsberichte werden nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgestaltet. Neben allgemeinen Informationen zum Versorgungsangebot eines Krankenhauses (u. a. Anzahl der Betten, Fallzahlen, apparative und personelle Ausstattung) werden auch spezielle Daten der Fachabteilungen und Qualitätsindikatoren erhoben.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Bericht Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „–“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung..... | 5 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers..... | 8 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 8 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 8 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 15 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 16 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 17 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... | 18 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 18 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses..... | 18 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 26 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 39 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 40 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 42 |
| B-1 | Innere Medizin Pfarrkirchen..... | 42 |
| B-2 | Akutgeriatrie | 52 |
| B-3 | Orthopädie | 58 |
| B-4 | Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie..... | 64 |
| B-5 | Palliativmedizin | 69 |
| B-6 | Schmerztherapie | 74 |
| C | Qualitätssicherung..... | 79 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 79 |

| | | |
|-----|--|------------|
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 156 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... | 156 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 156 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 157 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 158 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 158 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 159 |
| - | Anhang..... | 161 |
| | Diagnosen zu B-1.6 | 161 |
| | Prozeduren zu B-1.7 | 170 |
| | Diagnosen zu B-2.6 | 174 |
| | Prozeduren zu B-2.7 | 175 |
| | Diagnosen zu B-3.6 | 175 |
| | Prozeduren zu B-3.7 | 178 |
| | Diagnosen zu B-4.6 | 185 |
| | Prozeduren zu B-4.7 | 186 |
| | Diagnosen zu B-5.6 | 189 |
| | Prozeduren zu B-5.7 | 193 |
| | Diagnosen zu B-6.6 | 195 |
| | Prozeduren zu B-6.7 | 196 |

- Einleitung

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Frau Julia Grieser |
| Telefon | 08721/983-2120 |
| Fax | 08721/983-2124 |
| E-Mail | grieser.julia@rottalinnkliniken.de |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts | |
|--|--|
| Funktion | Vorstände |
| Titel, Vorname, Name | Herren Bernd Hirtreiter / Gerhard Schlegl |
| Telefon | 08721/983-2100 |
| Fax | 08721/983-2109 |
| E-Mail | Geschaeftsfuehrung@rottalinnkliniken.de |

Weiterführende LinksLink zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.rottalinnkliniken.de/>

Link zu weiterführenden Informationen: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 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 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | Rottal-Inn Kliniken Kommunalunternehmen (KU) |
| Hausanschrift | Simonsöder Allee 20 84307 Eggenfelden |
| Zentrales Telefon | 08721/983-0 |
| Zentrale E-Mail | info@rottalinnkliniken.de |
| Postanschrift | Simonsöder Allee 20 84307 Eggenfelden |
| Institutionskennzeichen | 260920639 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL | http://www.rottalinnkliniken.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Klaus Kienle |
| Telefon | 08721/983-7101 |
| Fax | 08721/983-7109 |
| E-Mail | kienle.klaus@rottalinnkliniken.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Stephanie Vogt |
| Telefon | 08721/983-2602 |
| Fax | 08721/983-2609 |
| E-Mail | PD-Sekretariat@rottalinnkliniken.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Vorstände |
| Titel, Vorname, Name | Herren Bernd Hirtreiter / Gerhard Schlegl |
| Telefon | 08721/983-2100 |
| Fax | 08721/983-2109 |
| E-Mail | geschaeftsfuehrung@rottalinnkliniken.de |

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

| Standort | |
|--|---|
| Standortname: | Rottal-Inn Klinik Standort Pfarrkirchen |
| Hausanschrift: | Am Griesberg 1 84347 Pfarrkirchen |
| Postanschrift: | Am Griesberg 1 84347 Pfarrkirchen |
| Institutionskennzeichen: | 260920639 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 771435000 |
| Standortnummer (alt) | 02 |
| URL: | http://www.rottalinnkliniken.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Klaus Kienle |
| Telefon | 08721/983-7101 |
| Fax | 08721/983-7109 |
| E-Mail | kienle.klaus@rottalinnkliniken.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Stephanie Vogt |
| Telefon | 08721/983-2602 |
| Fax | 08721/983-2609 |
| E-Mail | PD-Sekretariat@rottalinnkliniken.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Vorstände |
| Titel, Vorname, Name | Herren Bernd Hirtreiter / Gerhard Schlegl |
| Telefon | 08721/983-2100 |
| Fax | 08721/983-2109 |
| E-Mail | geschaeftsfuehrung@rottalinnkliniken.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|---|
| Name | Rottal-Inn Kliniken Kommunalunternehmen |
| Art | Öffentlich |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart | |
|----------------|------------------------------|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Regensburg |

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie | |
|------------------------------------|------|
| Psychiatrisches Krankenhaus | Nein |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Nein |

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Unsere Mitarbeiter stehen für Fragen gerne zur Verfügung und beraten unsere Patienten und deren Angehörige fachlich kompetent. Des Weiteren bieten die Rottal-Inn Kliniken regelmäßig Informationsveranstaltungen über Themen der Gesundheit und aktuelle Behandlungsthemen an. |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | Diese Leistung wird im Bereich der zertifizierten Stroke Unit im Rahmen des TEMPiS-Programms angeboten sowie auf unserer Geriatrischen Rehabilitation. |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | Dieses Behandlungsverfahren wird am Standort Pfarrkirchen vom Team der Physiotherapie und des Pflegepersonals der Palliativeinheit angeboten. |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Um den spezifischen Bedürfnissen unheilbarer Kranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen umfassend gerecht werden zu können, setzen wir besondere interdisziplinäre Konzepte an. Am Standort Pfarrkirchen bieten wir die Möglichkeit einer Palliativstation. |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | |

| | | |
|------|--|--|
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Ein Kostformen- und Diätenkatalog hilft unseren Ärzten und dem Pflegepersonal, schnell die richtige Kostform bzw. Diät für jeden einzelnen Patienten zu finden. Die therapeutisch angewandten Diäten werden mit dem Patienten besprochen. Fachpersonal steht als dauerhafte Ansprechpartner zur Verfügung. |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Das gesetzlich geforderte Entlassmanagement wird bei uns umgesetzt. Der Sozialdienst berät in allen Fragen zur Nachsorge und organisiert die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. Wichtige Themen hierbei sind: Pflegergrad, ambulante Pflege, Seniorenheimplatz, Hilfsmittel, RehaMaßnahmen etc. |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | Die Ergotherapie wird auf der Stroke Unit, in der Akutgeriatrie sowie der Geriatrischen Rehabilitation angeboten. |
| MP21 | Kinästhetik | Unsere pflegerischen Mitarbeiter sind in den Grundlagen der Kinästhetik geschult. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Die Physikalische Therapie bietet hierzu bei Bedarf Beckenbodengymnastik an. Zusätzlich ist am Standort Eggenfelden eine Urologische Fachabteilung etabliert. |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | Die Manuelle Lymphdrainage wird von der Physikalischen Therapie angeboten. |

| | | |
|------|--|--|
| MP25 | Massage | Klassische Massagen, Bindegewebs-, Funktions- und Colonmassagen gehören zum Leistungsangebot der Physiotherapie. |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | Die Physiotherapie bietet Ultraschalltherapie, Elektrotherapie und Fango an. |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Ein abteilungsübergreifendes Schmerzkonzept wurde entwickelt u. etabliert. Schwerpunkte: postoperative Schmerztherapie, Qualitätssicherung QUIPS (bundesweites Projekt), Palliativmedizin, Unfallchirurgie, Wirbelsäule. Am Standort Pfarrkirchen wurde die Abteilung Multimodale Schmerztherapie etabliert. |
| MP63 | Sozialdienst | Der Sozialdienst berät in allen Fragen zur Nachsorge und organisiert die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. Wichtige Themen sind dabei: Pflegeversicherung, Pflegegrad, ambulante Pflege, Seniorenheimplatz, Hilfsmittel, Rehamaßnahmen etc. |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Es werden regelmäßig Veranstaltungen für alle Interessierten abgehalten. Diese Termine werden auf unserer Homepage und in der Zeitung veröffentlicht. |

| | | |
|------|--|--|
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Die Beratung und Anleitung bei Schluckstörungen, Aphasien und Dysarthrien gehören zum Leistungsangebot des Logopäden. Das Pflegepersonal bietet unter anderem Beratungen zur Sturzprophylaxe an. Stomatherapeut und Wundmanager stehen ebenfalls zur Anleitung und Beratung zur Verfügung. |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker | Ein interdisziplinäres Ärzteteam gewährleistet in Zusammenarbeit mit Diätassistenten und Physiotherapeuten die bestmögliche Therapie aller Formen des Diabetes und seiner Folgeerkrankungen. |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | Diagnostik und Therapie von Aphasien, Dysarthrien und Dysphagien gehören im Rahmen der Tätigkeit auf der Geriatrischen Rehabilitation zum Angebot des Logopäden. Die Ergotherapie bietet die Therapie des facio-oralen Traktes an. Außerdem wird die Bobath-Therapie durch die Physiotherapie angeboten. |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Durchführung einer täglichen Pflegevisite. In unserer multimodalen Schmerztherapie sind pflegerische Mitarbeiter als Pain Nurse ausgebildet. |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | Diagnostik und Therapie von Aphasien, Dysarthrien und Dysphagien gehören im Rahmen der Tätigkeit auf der Geriatrischen Rehabilitation und der Inneren Medizin zum Angebot des Logopäden. Die Ergotherapie bietet die Therapie des facio-oralen Traktes an. |

| | | |
|------|---|---|
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Die Stomaselbsthilfegruppe wurde 1997 von einem Mitarbeiter der Rottal-Inn-Kliniken gegründet. Sie finden dort Unterstützung durch regelmäßige Gruppentreffen, Fachvorträge, Einzelgespräche/Hausbesuche und Informationsveranstaltungen. |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Stellt der Arzt einen Bedarf fest, so wird das benötigte Hilfsmittel rezeptiert. Bei Bedarf wird der Sozialdienst, im Bereich der Geriatrie die Ergotherapeuten, hinzugezogen (z.B. Rollator). |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | Spezialambulanz Wundmanagement, Zertifizierter Wundmanager |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Der Sozialdienst berät in allen Fragen zur Nachsorge und organisiert die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. Wichtige Themen sind dabei: Pflegeversicherung, Pflegegrad, ambulante Pflege, Seniorenheimplatz, Hilfsmittel, Rehamaßnahmen etc. |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Auf Wunsch hin, unterstützt unser Sozialdienst die Patienten bei der Auswahl einer passenden Selbsthilfegruppe. |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP01 | Akupressur | |
| MP54 | Asthmaschulung | |

| | | |
|------|---|---|
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Von der Physiotherapie werden folgende Therapien angeboten: Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Qi Gong. |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | Auf der Palliativeinheit sowie in der Abteilung multimodale Schmerztherapie kommen diese Verfahren und Therapien zum Einsatz. |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | Von besonderer Bedeutung für den therapeutischen Prozess in der Abteilung multimodale Schmerztherapie ist die Integration der nonverbalen und kreativen Verfahren. |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik | Für die Patienten der Schmerztherapie bieten wir die Nutzung der Terme Bad Birnbach inkl. einer therapeutischen Wassergymnastikeinheit, im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung, an. Der Transport erfolgt kostenfrei. |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP02 | Akupunktur | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|---|---|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Für unsere Patienten stehen Wahlleistungszimmer zur Verfügung. |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Standardzimmer |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | https://www.rottalinnkliniken.de/patienteninformation/en/besucher | Angehörige, die einen Patienten begleiten möchten, sind selbstverständlich bei ausreichender Bettenkapazität und gegen Entgelt herzlich willkommen. Damit dies reibungslos klappt, sollten Sie sich rechtzeitig mit den Ärzten der betreffenden Fachabteilung absprechen. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | Wir möchten Sie über Themen der Gesundheit und aktuelle Behandlungsthemen auf dem Laufenden halten und laden daher Interessierte zu den verschiedensten Informationsveranstaltungen ein. |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | Der Sozialdienst unterstützt bei Bedarf bei der Auswahl passender Selbsthilfegruppen. Auf der Homepage des Landratsamtes ist zusätzlich eine Liste mit Angeboten im Landkreis zu finden. |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | | Es wird grundsätzlich ein Speisenplan angeboten, welcher verschiedene Kostformen berücksichtigt, z.B. vegetarische Kost oder leichte Kost. |

| | | | |
|------|--|---|---|
| NM42 | Seelsorge | https://www.rottalinnkliniken.de/patienteninformation/en/seelsorge | Die Seelsorger nehmen sich gerne Zeit zu einem Gespräch mit Ihnen und Ihren Angehörigen. Wann immer Sie ein Anliegen haben, werden die Mitarbeiter auf den Stationen auf Ihren Wunsch hin den Kontakt herstellen. |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | https://www.rottalinnkliniken.de/patienteninformation/en/service-und-komfort | Fernseher, Internet, Radio und Telefon am Bett; Safe im Zimmer; Aufenthaltsräume; Kiosk mit Café; Friseur; etc. |
| NM68 | Abschiedsraum | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Herr Martin Stölzel |
| Telefon | 08721/983-2601 |
| Fax | 983/08721-2609 |
| E-Mail | stoelzel.martin@rottalinnkliniken.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|---|
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Zur Orientierung sind die Zimmertüren auf der Akutgeriatrie sowie der Geriatrischen Rehabilitation mit Bildern versehen und die Lichtschalter rot umrandet. |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |

| | | |
|------|--|---|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Außerdem haben wir extra Duschstühle sowie Rollstühle für Patienten mit besonderem Übergewicht. |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF24 | Diätische Angebote | |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | Wir können hausübergreifend auf Mitarbeiter zugreifen, die die verschiedensten Sprachen (z.B. Türkisch, Russisch, Ungarisch, Tschechisch, Slowakisch) sprechen. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|--|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Lehraufträge: Professor Dr. med. Marc Wick: Ruhr-Universität Bochum Priv.-Doz. Dr. med. Gerald Dietrich: Justus-Liebig-Universität Gießen Professor Dr. med. Stefan Corvin: Eberhard-Karls-Universität Tübingen |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | Praktika |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) | Kooperationsausbildung mit der Schule für Operationstechnische Assistentinnen/Assistenten am Bildungszentrum für Gesundheitsberufe der Kliniken Südostbayern AG Traunstein |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | |
| HB05 | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) | |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|-----|
| Betten | 565 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 3232 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 1593 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,54

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 15,65 | |
| Ambulant | 0,89 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 16,54 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,14

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,25 | |
| Ambulant | 0,89 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 9,14 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 3

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 54,67

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 54,67 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 54,67 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,49

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,49 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,49 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,57

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,57 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,57 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,16

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,16 | |
| Ambulant | 1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,16 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 4,16

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,16 | |
| Ambulant | 1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,16 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,6 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,6 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 4,67

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,67 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,67 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 0,47

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,47 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,47 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 2,35

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,35 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,35 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 1,24

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,24 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,24 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 13,15

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 13,15 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 13,15 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | |
|--|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Frau Julia Grieser |
| Telefon | 08721/983-2120 |
| Fax | 08721/983-2124 |
| E-Mail | grieser.julia@rottalinnkliniken.de |

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Das Qualitätsmanagement der Rottal-Inn Kliniken ist als Stabsstelle dem Vorstand unterstellt. Es erfolgt hier eine enge Zusammenarbeit mit allen Abteilungen der Rottal-Inn Kliniken. Entscheidungen im Rahmen des Qualitätsmanagements werden in direkter Absprache mit dem Vorstand getroffen. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | wöchentlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person | |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Frau Julia Grieser |
| Telefon | 08721/983-2120 |
| Fax | 08721/983-2124 |
| E-Mail | grieser.julia@rottalinnkliniken.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|---|--|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | Vorstände, Qualitätsmanagement, Pflegedirektorin, Ärztlicher Direktor, Abteilungsleiter Finanzen und Patientenmanagement, Abteilungsleiter Zentraleinkauf/Technik/Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Personalleiter sowie weitere Fachexperten bei Bedarf |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: QM-Handbuch, Handbuch Risikomanagement Datum: 23.06.2020 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Name: Alarm-und Einsatzplan, Notfallorganisation Datum: 02.06.2021 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Name: Empfehlungen zur Schmerztherapie Datum: 04.11.2019 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Name: Standard Sturzprophylaxe Datum: 20.12.2018 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Standard Dekubitusprophylaxe Datum: 08.06.2021 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Fixierungsdienstanweisung Datum: 21.07.2016 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Dienstanweisung Medizintechnik Datum: 16.07.2020 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |

| | | |
|------|--|--|
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | Name: Perioperative Checkliste Datum: 08.10.2020 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Name: Perioperative Checkliste Datum: 08.10.2020 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Name: Perioperative Checkliste, Endoskopie Checkliste Datum: 08.10.2020 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Name: Standards im Aufwachraum Datum: 09.08.2021 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Einwilligungen/Patienteninformation/ nitialassessment Datum: 04.05.2021 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|--|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Es konnten in verschiedenen Bereichen der Kliniken Themen aus gemeldeten Fehlern und Beinahe-Fehlern heraus verbessert werden. |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 28.07.2020 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|-----------------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

| Nr. | Instrument und Maßnahme |
|------|---|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|--|-------------------|---|
| Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern | 1 | externer Krankenhaustygieniker Dr. B. Kochanowski (Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie), fachliche Leitung der Abteilung |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 2 | |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 3 | Die staatlich anerkannten Hygienefachkräfte betreuen alle 3 Standorte der Rottal-Inn Kliniken. |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 9 | Des Weiteren sind in allen Funktionsbereichen Hygienebeauftragte benannt (z.B. Küche, Reinigungsdienst, Labor, Physikalische Therapie...) |

| Hygienekommission | |
|--------------------------------|---------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Klaus Kienle |
| Telefon | 08721/983-7101 |
| Fax | 08721/983-7109 |
| E-Mail | klaus.kienle@rottalinnkliniken.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt. — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

| 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle | Ja |
| c) Beachtung der Einwirkzeit | Ja |
| d) Weitere Hygienemaßnahmen | |
| - sterile Handschuhe | Ja |
| - steriler Kittel | Ja |
| - Kopfhaube | Ja |
| - Mund-Nasen-Schutz | Ja |
| - steriles Abdecktuch | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| 2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie | |
|--|----|
| Die Leitlinie liegt vor | Ja |
| Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst | Ja |
| Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| 1. Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe | Ja |
| b) Zu verwendende Antibiotika | Ja |
| c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe | Ja |
| 2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |
| 3. Antibiotikaphylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft | Ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der interne Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|--|-----------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen über alle Standorte | 68,31 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben | nein |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | teilweise |

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

| MRSA | |
|--|----|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Ja |
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor | Ja |

| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening | |
|--|----|
| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) | Ja |

| Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang | |
|---|----|
| Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren | Ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|--|---|
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | Die Themen der Mitarbeiterschulungen sind an die aktuellen Gegebenheiten und Erfordernisse des Unternehmens, der Abteilungen und der Mitarbeiter angepasst. |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | Durch externe und interne Qualitätskontrollen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: z.B. Kongress für Krankenhaushygiene | Unsere Mitarbeiter der Abteilung Hygiene legen großen Wert auf Weiterbildung und den Austausch mit Kollegen. Daher ist die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen obligat. |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|------|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Unser Ziel ist es, die Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen, Besuchern, Mitarbeitern und aller weiteren Interessensparteien (z.B. einweisende Ärzte) zu erhöhen. Zu diesem Zweck ist in den Rottal-Inn Kliniken ein Meinungsmanagement etabliert. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Es gibt ein schriftliches Konzept für das Meinungsmanagement. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | Meinungen können verbal und/oder schriftlich an das zentrale Meinungsmanagement gerichtet werden. Ein Sorgentelefon wurde eingerichtet. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | Meinungen können verbal und/oder schriftlich an das zentrale Meinungsmanagement gerichtet werden. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Nein | Der Beschwerdeführer bekommt, wenn gewünscht, nach der Bearbeitung seiner Beschwerde eine Rückmeldung. Sollte sich die Bearbeitung verzögern erhält er darüber eine Mitteilung. |

| Regelmäßige Einweiserbefragungen | |
|----------------------------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | https://www.rottalinnkliniken.de/fachkreise-einweiser/anregungen-kritik |
| Kommentar | Die Ergebnisse der Befragung werden hausintern kommuniziert. |

| Regelmäßige Patientenbefragungen | |
|----------------------------------|--|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | https://www.rottalinnkliniken.de/rottal-inn-kliniken/qualitaet |
| Kommentar | Die Patientenbefragungen werden in Zusammenarbeit mit einem externen Institut durchgeführt und die Ergebnisse hausintern vorgestellt und veröffentlicht. |

| Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden | |
|--|---|
| Möglich | Ja |
| Link | https://www.rottalinnkliniken.de/patienteninformationen/anregungen-kritik |
| Kommentar | Anregungen, Kritik aber auch Lob können anonym über das Internetportal sowie die ausgelegten Kommentarzetteln an uns herangetragen werden. |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Frau Janine Moser |
| Telefon | 08721/983-2122 |
| Fax | 08721/983-2124 |
| E-Mail | meinung@rottalinnkliniken.de |

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Leitung Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Frau Julia Grieser |
| Telefon | 08721/983-2120 |
| Fax | 08721/983-2124 |
| E-Mail | grieser.julia@rottalinnkliniken.de |

| Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements | |
|---|--|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | Um das Ziel der kontinuierlichen Verbesserung konsequent verfolgen zu können, werden eingehende Meinungen regelmäßig und fortlaufend hausintern analysiert und besprochen. |

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

| Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher | |
|--|--|
| Funktion | - |
| Titel, Vorname, Name | - - - |
| Telefon | 08721/983-2122 |
| Fax | 08721/983-2124 |
| E-Mail | meinung@rottalinnkliniken.de |

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

| | |
|------------------|--|
| Kommentar | Unsere Patienten können sich mit ihren Wünschen und ihrer Kritik an unser Meinungsmanagement wenden. Außerdem stehen an allen Standorten Seelsorger zur Verfügung. |
|------------------|--|

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

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

| | |
|---|-----------------------------|
| Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? | Ja - Arzneimittelkommission |
|---|-----------------------------|

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person

| | |
|---------------------------|--|
| Angaben zur Person | Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit |
|---------------------------|--|

Verantwortliche Person AMTS

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Klaus Kienle |
| Telefon | 08721/983-97101 |
| Fax | 08721/983-7109 |
| E-Mail | kienle.klaus@rottalinnkliniken.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 0 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |

Erläuterungen

Wir arbeiten eng mit unserer krankenhausversorgenden Apotheke zusammen. Diese führt auch regelmäßig Audits bei uns durch.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

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

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |

| | | |
|------|---|---|
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | |
| 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) |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|---|---|------------------------------|---|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja | Es kann bei Bedarf auf 2 Geräte am Standort Eggenfelden zurückgegriffen werden. |
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | in Kooperation mit der radiologisch-nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis (Radiologie Rottal-Inn) |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung | | Ja | kann bei Bedarf angefordert werden; Betrieb durch eigenes Personal möglich |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja | in Kooperation mit der radiologisch-nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus Eggenfelden (Radiologie Rottal-Inn) |
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | Es kann bei Bedarf auf das Gerät am Standort Eggenfelden zurückgegriffen werden. |

| | | | | |
|------|---|--|------------------------------|---|
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja | Hämofiltration: „2 Geräte“ Kontinuierliche Hämofiltration und Hämodiafiltration mit Zitronensäure oder Heparin, um die Blutgerinnung zu hemmen; Dialyse: Kooperation mit der internistisch-nephrologischen Gemeinschaftspraxis in Pfarrkirchen |
| AA32 | Szintigraphiescanner/ Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | in Kooperation mit der radiologisch-nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus Eggenfelden (Radiologie Rottal-Inn) |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | Es kann bei Bedarf auf die Geräte am Standort Eggenfelden zurückgegriffen werden (URO, GYN). |
| AA18 | Hochfrequenzthermoherapiegerät | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | VNUS Closure |

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses | |
|--|--|
| Zugeordnete Notfallstufe | Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Nein |

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

| | |
|--|------|
| | |
| Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? | Nein |
| Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? | Nein |

**B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten /
Fachabteilungen****B-1 Innere Medizin Pfarrkirchen****B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Innere
Medizin Pfarrkirchen"**

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 0100 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Univ.-Doz. Dr. med. Bernhard Föger |
| Telefon | 08561/981-7361 |
| Fax | 08561/981-7369 |
| E-Mail | innere-pan@rottalinnkliniken.de |
| Straße/Nr | Am Griesberg 1 |
| PLZ/Ort | 84347 Pfarrkirchen |
| Homepage | https://www.rottalinnkliniken.de/fachbereiche/allgemeine-innere-medizin |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|---|
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI35 | Endoskopie | Endoskopisch kommt die flexible Videobronchoskopie einschließlich der bronchoalveolären Lavage und Biopsieentnahme zum Einsatz. |
| VI39 | Physikalische Therapie | Atemtherapie, Inhalationen und Maßnahmen zur Sekretmobilisation |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |

| | | |
|------|--|--|
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI42 | Transfusionsmedizin | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1681 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Ambulanz | |
|-------------|--|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05) |

| Privatambulanz | |
|----------------------------|---|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06) |
| Angebotene Leistung | Intensivmedizin (VI20) |

| Vor- und nachstationäre Leistungen | |
|------------------------------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| Kommentar | sämtliche Leistungen, die im stationären Bereich erbracht werden |
| Angebotene Leistung | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) (VI23) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) |

| | |
|----------------------------|--|
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06) |
| Angebotene Leistung | Endoskopie (VI35) |
| Angebotene Leistung | Intensivmedizin (VI20) |
| Angebotene Leistung | Physikalische Therapie (VI39) |
| Angebotene Leistung | Transfusionsmedizin (VI42) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 1-650.2 | 322 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie |
| 1-444.7 | 205 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien |
| 5-452.61 | 77 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 5-452.62 | 20 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge |
| 1-650.1 | 10 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 1-650.0 | 6 | Diagnostische Koloskopie: Partiiell |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,38

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,49 | |
| Ambulant | 0,89 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 9,38 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 197,99764

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,08

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,19 | |
| Ambulant | 0,89 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,08 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 526,95925

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie |
| AQ63 | Allgemeinmedizin |
| AQ25 | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |
| AQ27 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF39 | Schlafmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF09 | Geriatric |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 23,46

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 23,46 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 23,46 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 71,65388

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,7

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,7 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,7 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2401,42857

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,39

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------|
| Stationär | 2,39 | Stationshilfen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,39 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 703,34728

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------------|---|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------------|----------------------------|
| ZP20 | Palliative Care |

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2 Akutgeriatrie

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Akutgeriatrie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 0102 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Univ.-Doz. Dr. med. Bernhard Föger |
| Telefon | 08561/981-7361 |
| Fax | 08561/981-7369 |
| E-Mail | innere-pan@rottalinnkliniken.de |
| Straße/Nr | Am Griesberg 1 |
| PLZ/Ort | 84347 Pfarrkirchen |
| Homepage | https://www.rottalinnkliniken.de/fachbereiche/akutgeriatrie |

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|--|
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen |
| VI40 | Schmerztherapie |
| VI39 | Physikalische Therapie |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |

| | |
|------|--|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| VI35 | Endoskopie |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 59 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,35 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,35 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 43,7037

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 78,66667

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ27 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie |
| AQ25 | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |
| AQ23 | Innere Medizin |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF09 | Geriatric |

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,14

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,14 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,14 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 27,57009

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 196,66667

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,46

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------|
| Stationär | 0,46 | Stationshilfen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,46 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 128,26087

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-3 Orthopädie

B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Orthopädie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 2300 |
| Art | Belegabteilung |

Ärztliche Leitung

| Belegärztin oder Belegarzt | |
|----------------------------|---|
| Funktion | Belegarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Stephan Rossmüller |
| Telefon | 08721/4017- |
| Fax | 08721/10260- |
| E-Mail | info@orthopaedie-eggenfelden.de |
| Straße/Nr | Karl-Rolle-Straße 43 |
| PLZ/Ort | 84307 Eggenfelden |
| Homepage | https://www.orthopaedie-eggenfelden.de/ |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |
| Kommentar | Belegärzte |

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|--|
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | z. B. Nervenkompressionssyndromen, Karpaltunnelsyndrom (KTS/CTS) |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |

| | | |
|------|---|----------------------------|
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | z. B. Bandscheibenvorfälle |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |

| | | |
|------|---------------------------------------|--|
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VO21 | Traumatologie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VR25 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 502 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 5-812.5 | 27 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell |
| 5-811.2h | 21 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk |
| 5-788.00 | 16 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I |
| 5-812.eh | 12 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk |
| 5-811.1h | 7 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk |
| 5-056.40 | 6 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch |
| 5-788.56 | 5 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I |
| 5-788.52 | 4 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale |

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 3

Anzahl stationäre Fälle je Person: 167,33333

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--|
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie |

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,04

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,04 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 71,30682

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,68

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------|
| Stationär | 0,68 | Stationshilfen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,68 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 738,23529

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-4 Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie

B-4.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 1523 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Marc Wick |
| Telefon | 08721/983-7104 |
| Fax | 08721/093-7109 |
| E-Mail | wick.marc@rottalinnkliniken.de |
| Straße/Nr | Am Griesberg 1 |
| PLZ/Ort | 84347 Pfarrkirchen |
| Homepage | http://www.rottalinnkliniken.de/ |

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|---|
| VO14 | Endoprothetik |
| VO15 | Fußchirurgie |
| VO19 | Schulterchirurgie |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| VC66 | Arthroskopische Operationen |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |

| | |
|------|---|
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VO16 | Handchirurgie |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie |

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 393 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Vor- und nachstationäre Leistungen | |
|------------------------------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| Kommentar | Im Rahmen der Abklärung zur stationären Behandlungsnotwendigkeit bzw. zur Nachsorge werden alle medizinischen Leistungen vor- / nachstationär erbracht. |

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 302,30769

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1310

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---------------------------|
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie |
| ZF44 | Sportmedizin |

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,89

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,89 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,89 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 101,02828

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,38

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,38 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,38 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1034,21053

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-5 Palliativmedizin

B-5.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Palliativmedizin"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 3752 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Alexandra Fuchs |
| Telefon | 08561/981-97372 |
| Fax | 08561/981-4509 |
| E-Mail | palliativ@rottalinnkliniken.de |
| Straße/Nr | Am Griesberg 1 |
| PLZ/Ort | 84347 Pfarrkirchen |
| Homepage | https://www.rottalinnkliniken.de/fachbereiche/palliativmedizin |

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|--------------------------------|
| VI38 | Palliativmedizin |

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 431 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,02

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,02 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,02 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 213,36634

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,02

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,02 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,02 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 213,36634

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ32 | Kinder- und Jugendmedizin |
| AQ34 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie |
| AQ14 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| AQ01 | Anästhesiologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF30 | Palliativmedizin |
| ZF13 | Homöopathie |
| ZF27 | Naturheilverfahren |

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,37

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 13,37 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 13,37 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 32,23635

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------|
| Stationär | 1,12 | Stationshilfen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,12 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 384,82143

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------------|---|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------------|----------------------------|
| ZP20 | Palliative Care |

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-6 Schmerztherapie

B-6.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Schmerztherapie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 3753 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | PD Dr. med. Thomas Wieser |
| Telefon | 08561/981-97758 |
| Fax | 08561/981-7509 |
| E-Mail | wieser.thomas@rottalinnkliniken.de |
| Straße/Nr | Am Griesberg 1 |
| PLZ/Ort | 84347 Pfarrkirchen |
| Homepage | https://www.rottalinnkliniken.de/fachbereiche/schmerzzentrum-rottal-inn |

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|---|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| VN23 | Schmerztherapie |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ |

| | |
|------|---|
| VI26 | Naturheilkunde |
| VI39 | Physikalische Therapie |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VN20 | Spezialsprechstunde |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel |

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 166 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,49

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,49 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,49 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 66,66667

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,99

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,99 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,99 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 83,41709

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ42 | Neurologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---------------------------|
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie |
| ZF02 | Akupunktur |
| ZF44 | Sportmedizin |

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,28

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,28 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,28 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 38,78505

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,54

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,54 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,54 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 307,40741

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|---|---------------|------------------------|---|
| Ambulant erworbene Pneumonie | 490 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Geburtshilfe | 753 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | 258 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation | 35 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 8 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | (Datenschutz) | (Datenschutz) | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Hüftendoprothesenversorgung | 244 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | 230 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 16 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 78 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------------|--|
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | 6 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | 17 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation | 47 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Knieendoprothesenversorgung | 284 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | 270 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel | 14 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Mammachirurgie | 311 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Neonatologie | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 319 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------------|--|
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentations- rate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|-----------------------------|---|
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | 863 | 122,7 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [— (vgl. Hinweis auf Seite 2)]

I. Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

I.A Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen |
| Ergebnis-ID | 2190 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 34 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,03% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,02 - 0,04% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 13,91% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2194 |
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2194 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,77$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 128,30 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2195 |
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2195 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,04 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 6,14$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,90 - 1,19 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1092,47 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 103 |
| Beobachtete Ereignisse | 103 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,77% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,73 - 98,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,40 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 96 |
| Beobachtete Ereignisse | 96 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,83% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,79 - 98,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,15 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,54% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,25 - 97,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 64,57 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 90,48 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 21 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 93,21% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,08 - 93,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 71,09 - 97,35% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Indikators | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 93,33 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 45 |
| Beobachtete Ereignisse | 42 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 92,64% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,49 - 92,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,14 - 97,71% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 67 |
| Beobachtete Ereignisse | 67 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,49% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 96,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,58 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 67 |
| Beobachtete Ereignisse | 67 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,68% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,62 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,58 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 33,33 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 33 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 15,52% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 15,35 - 15,69% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 19,75 - 50,39% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232000_2005 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 33 |
| Beobachtete Ereignisse | 33 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,68% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,63 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,57 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232000_2005 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232001_2006 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 30 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,75% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,69 - 98,80% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 88,65 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232001_2006 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232002_2007 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,86% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 97,26% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232002_2007 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232003_2009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 55,42 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 83 |
| Beobachtete Ereignisse | 46 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 83,04% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 82,89 - 83,19% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 44,73 - 65,64% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 92,7% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,52 - 92,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 95,89% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,77 - 96,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,41 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,64% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,57 - 98,71% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,41 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,30 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 90 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | 11,54 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,81 - 2,00 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232008_231900 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 27,18 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 103 |
| Beobachtete Ereignisse | 28 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 17,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,92 - 17,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 19,53 - 36,48% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232009_50722 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 33 |
| Beobachtete Ereignisse | 33 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,71% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,63 - 96,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,57 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232009_50722 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,41 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 66 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | 9,25 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,85 - 2,20 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 50722 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 102 |
| Beobachtete Ereignisse | 102 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,76% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,69 - 96,82% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,37 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,87 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |

| | |
|---|-------------------------------------|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 1,98$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,24 - 2,70 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,53 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 3167 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 17,01 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Bezeichnung des Indikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,05 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,32 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,28 - 1,00 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 3167 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,12% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 |
| Ergebnis-ID | 521801 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,13 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 3167 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,05 - 0,32% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 |
| Ergebnis-ID | 52326 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,16 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 3167 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,33% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,33 - 0,33% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,07 - 0,37% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Ergebnis-ID | 10271 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 145 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,83 |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Ergebnis-ID | 10271 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,81$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,01 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 191914 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 191914 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54001 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 99,41 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 169 |
| Beobachtete Ereignisse | 168 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,65% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00\%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,58 - 97,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,72 - 99,90% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54002 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 93,38% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 86,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,02 - 93,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 70,09 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Präoperative Verweildauer |
| Ergebnis-ID | 54003 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 10,35% |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 10,11 - 10,59% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sturzprophylaxe |
| Ergebnis-ID | 54004 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 99,14 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 116 |
| Beobachtete Ereignisse | 115 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,32% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,25 - 97,40% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,28 - 99,85% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54012 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 171 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,21 |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|----------------------------------|
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54012 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,44 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,11 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 54013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 143 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,05% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,04 - 0,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,62% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54015 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54015 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,15$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54016 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,48% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,48 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,42 - 1,54% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54017 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 6,96% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 19,26 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 6,59 - 7,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54018 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 4,73% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,54 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,56 - 4,90% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54019 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 2,28% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 7,32 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,21 - 2,35% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54120 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,89 |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54120 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,06$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,03 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 50481 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 3,76% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,40 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,44 - 4,11% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 21,53% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54020 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 99,56 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 225 |
| Beobachtete Ereignisse | 224 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,12% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,05 - 98,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,53 - 99,92% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zur unikondylären Schlittenprothese |
| Ergebnis-ID | 54021 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 45 |
| Beobachtete Ereignisse | 45 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,38% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,17 - 97,59% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,13 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54022 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 92,86 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 94,43% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 86,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,01 - 94,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 68,53 - 98,73% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54028 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels 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</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,99 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|----------------------------------|
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54028 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,08 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,95 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,17 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,18 - 5,55 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54123 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,17% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,38 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,12 - 1,23% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54124 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 270 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,94% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,80 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,90 - 0,99% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,40% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54125 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 4,44% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 12,79 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,09 - 4,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 21,53% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 54127 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 248 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,04% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,03 - 0,05% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,53% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Knieendoprothesen- Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf |
| Ergebnis-ID | 54128 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 234 |
| Beobachtete Ereignisse | 234 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Ergebnis auf Bundesebene | 99,76% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 98,27\%$ (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,73 - 99,78% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,73 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

| Leistungsbereich: Anästhesiologie | |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsverbesserung in der Postoperativen Schmerztherapie (QUIPS); Ergebnisqualität |
| Ergebnis | Im Bundesvergleich sehr geringe Schmerzen und hohe Patientenzufriedenheit |
| Messzeitraum | ganzjährig |
| Datenerhebung | seit 2008, durch strukturierte Befragung |
| Rechenregeln | Rangordnung, Mittelwerte, zeitliche Verläufe |
| Referenzbereiche | Benchmark |
| Vergleichswerte | weitere deutsche Krankenhäuser und eigene Werte der Vorjahre |
| Quellenangaben | http://www.quips-projekt.de |

| Leistungsbereich: Anästhesie | |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | BAQ Modul 39/1 Anästhesie – Kerndatensatz 3.01 DGAI Prozess- und Ergebnisqualität |
| Ergebnis | Gute Ergebnisse |
| Messzeitraum | kontinuierlich seit 1/2002 |
| Datenerhebung | Systematische Erhebung des Kerndatensatzes der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin ausnahmslos bei allen Anästhesien |
| Rechenregeln | Beschreibende Statistik: Anzahl und Mittelwerte |
| Referenzbereiche | Referenzbereiche des AQAI / der BAQ |
| Vergleichswerte | Benchmark und Vorjahr |
| Quellenangaben | |

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| | Mindestmenge | Erbrachte Menge |
|-------------------------------|--------------|-----------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50 | 231 |

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|---|----|
| Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt | Ja |

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|--|-----|
| Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: | Ja |
| Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020: | 231 |
| Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: | 216 |

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|---|------|
| Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt | Nein |

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|---|------|
| Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden | Nein |

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|-------|--|-------------------|
| 1 | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 20 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 14 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 13 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflege-sensitiver Bereich | Station | Schicht | Monats-bezo-gener Erfül-lungs-grad | Ausnahme-tat-bestände | Kommentar |
|---------------------------|-----------|--------------|------------------------------------|-----------------------|---|
| Kardiologie | Station 1 | Nachtschicht | 100,00% | 4 | Pause Nachtdienst - Mindestvorhalt wurde unterschritten |
| Kardiologie | Station 1 | Tagschicht | 100,00% | 0 | |
| Kardiologie | Station 2 | Nachtschicht | 100,00% | 13 | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |
| Kardiologie | Station 2 | Tagschicht | 100,00% | 8 | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |
| Unfall-chirurgie | Station 4 | Nachtschicht | 0,00% | 47 | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |
| Unfall-chirurgie | Station 4 | Tagschicht | 100,00% | 12 | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |
| Kardiologie | Station 7 | Nachtschicht | 100,00% | 25 | Pause Nachtdienst - Mindestvorhalt wurde unterschritten |
| Kardiologie | Station 7 | Tagschicht | 100,00% | 2 | Pause Nachtdienst - Mindestvorhalt wurde unterschritten |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflege-sensitiver Bereich | Station | Schicht | Schicht-bezo-gener Erfül-lungs-grad | Kommentar |
|---------------------------|-----------|--------------|-------------------------------------|---|
| Kardiologie | Station 1 | Nachtschicht | 93,33% | Pause Nachtdienst - Mindestvorhalt wurde unterschritten |
| Kardiologie | Station 1 | Tagschicht | 100,00% | |
| Kardiologie | Station 2 | Nachtschicht | 78,33% | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |
| Kardiologie | Station 2 | Tagschicht | 86,67% | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |
| Unfall-chirurgie | Station 4 | Nachtschicht | 21,67% | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |

| | | | | |
|----------------------|-----------|--------------|--------|---|
| Unfall- chirurgie | Station 4 | Tagschicht | 80,00% | Starke Erhöhung der Patientenzahlen |
| Kardiologie | Station 7 | Nachtschicht | 58,33% | Pause Nachtdienst - Mindestvorhalt wurde unterschritten |
| Kardiologie | Station 7 | Tagschicht | 96,67% | Pause Nachtdienst - Mindestvorhalt wurde unterschritten |

- **Anhang**

| Diagnosen zu B-1.6 | | |
|---------------------------|-----------------|---|
| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
| E86 | 113 | Volumenmangel |
| J20.9 | 113 | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet |
| J12.8 | 93 | Pneumonie durch sonstige Viren |
| I50.01 | 86 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| R55 | 67 | Synkope und Kollaps |
| I50.14 | 59 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| A09.9 | 49 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| I10.01 | 44 | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| N39.0 | 34 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| K29.1 | 30 | Sonstige akute Gastritis |
| B99 | 28 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| J18.9 | 27 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| R07.4 | 26 | Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet |
| J98.7 | 22 | Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert |
| R42 | 22 | Schwindel und Taumel |
| E11.61 | 19 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| H81.1 | 18 | Benigner paroxysmaler Schwindel |
| I50.13 | 17 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| N18.5 | 17 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 |
| K29.0 | 16 | Akute hämorrhagische Gastritis |
| J44.19 | 15 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| I48.0 | 14 | Vorhofflimmern, paroxysmal |
| R11 | 14 | Übelkeit und Erbrechen |
| F10.0 | 13 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| G20.10 | 13 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| J18.0 | 13 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| D46.9 | 12 | Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet |
| A04.70 | 11 | Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen |
| J44.09 | 11 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.10 | 11 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| N17.93 | 11 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 |
| A46 | 10 | Erysipel [Wundrose] |
| E11.91 | 10 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| J44.11 | 10 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes |
| J45.9 | 10 | Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet |
| K21.0 | 10 | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis |
| A08.1 | 9 | Akute Gastroenteritis durch Norovirus |
| I48.1 | 9 | Vorhofflimmern, persistierend |
| J44.12 | 9 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes |
| G40.2 | 8 | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen |
| I11.91 | 8 | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| A41.9 | 7 | Sepsis, nicht näher bezeichnet |
| I21.4 | 7 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| I48.2 | 7 | Vorhofflimmern, permanent |
| I48.9 | 7 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet |
| K25.0 | 7 | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung |
| K59.09 | 7 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation |
| R06.0 | 7 | Dyspnoe |
| R40.0 | 7 | Somnolenz |
| A09.0 | 6 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs |
| A49.8 | 6 | Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| E87.1 | 6 | Hypoosmolalität und Hyponatriämie |
| F41.0 | 6 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| J69.0 | 6 | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |
| K29.6 | 6 | Sonstige Gastritis |
| K57.32 | 6 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung |
| K70.3 | 6 | Alkoholische Leberzirrhose |
| M54.4 | 6 | Lumboischialgie |
| R10.1 | 6 | Schmerzen im Bereich des Oberbauches |
| R51 | 6 | Kopfschmerz |
| C22.1 | 5 | Intrahepatisches Gallengangskarzinom |
| C50.9 | 5 | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet |
| D50.0 | 5 | Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) |
| D50.8 | 5 | Sonstige Eisenmangelanämien |
| D64.8 | 5 | Sonstige näher bezeichnete Anämien |
| D64.9 | 5 | Anämie, nicht näher bezeichnet |
| I26.0 | 5 | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| J15.9 | 5 | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| R07.3 | 5 | Sonstige Brustschmerzen |
| T78.2 | 5 | Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet |
| A04.5 | 4 | Enteritis durch Campylobacter |
| D50.9 | 4 | Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet |
| F05.1 | 4 | Delir bei Demenz |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| J18.1 | 4 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet |
| K26.0 | 4 | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung |
| K92.1 | 4 | Meläna |
| M54.5 | 4 | Kreuzschmerz |
| R10.3 | 4 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches |
| R10.4 | 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen |
| T75.4 | 4 | Schäden durch elektrischen Strom |
| A08.0 | (Datenschutz) | Enteritis durch Rotaviren |
| A08.4 | (Datenschutz) | Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet |
| A15.0 | (Datenschutz) | Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren |
| A15.2 | (Datenschutz) | Lungentuberkulose, histologisch gesichert |
| A32.7 | (Datenschutz) | Listeriensepsis |
| A40.3 | (Datenschutz) | Sepsis durch Streptococcus pneumoniae |
| A41.0 | (Datenschutz) | Sepsis durch Staphylococcus aureus |
| A41.1 | (Datenschutz) | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken |
| A41.51 | (Datenschutz) | Sepsis: Escherichia coli [E. coli] |
| A41.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Sepsis |
| A49.0 | (Datenschutz) | Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| A49.1 | (Datenschutz) | Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| A49.9 | (Datenschutz) | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet |
| A69.2 | (Datenschutz) | Lyme-Krankheit |
| B02.2 | (Datenschutz) | Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems |
| B02.3 | (Datenschutz) | Zoster ophthalmicus |
| B02.9 | (Datenschutz) | Zoster ohne Komplikation |
| B15.0 | (Datenschutz) | Virushepatitis A mit Coma hepaticum |
| B27.0 | (Datenschutz) | Mononukleose durch Gamma-Herpesviren |
| B34.8 | (Datenschutz) | Sonstige Virusinfektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| B34.9 | (Datenschutz) | Virusinfektion, nicht näher bezeichnet |
| B37.0 | (Datenschutz) | Candida-Stomatitis |
| B37.81 | (Datenschutz) | Candida-Ösophagitis |
| C15.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet |
| C16.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet |
| C20 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C22.0 | (Datenschutz) | Leberzellkarzinom |
| C26.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems |
| C32.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Subglottis |
| C34.1 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) |
| C34.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet |
| C56 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Ovars |
| C61 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Prostata |
| C79.5 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| C80.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet |
| C85.9 | (Datenschutz) | Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet |
| C90.00 | (Datenschutz) | Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| C91.10 | (Datenschutz) | Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| C91.70 | (Datenschutz) | Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| D37.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Magen |
| D47.1 | (Datenschutz) | Chronische myeloproliferative Krankheit |
| D48.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe |
| D51.9 | (Datenschutz) | Vitamin-B12-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet |
| D61.9 | (Datenschutz) | Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet |
| D62 | (Datenschutz) | Akute Blutungsanämie |
| D70.11 | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage |
| E04.9 | (Datenschutz) | Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet |
| E10.11 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet |
| E10.61 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E10.91 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.11 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet |
| E14.91 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E16.2 | (Datenschutz) | Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet |
| E66.22 | (Datenschutz) | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter |
| E83.1 | (Datenschutz) | Störungen des Eisenstoffwechsels |
| E83.58 | (Datenschutz) | Sonstige Störungen des Kalziumstoffwechsels |
| E87.0 | (Datenschutz) | Hyperosmolalität und Hypernatriämie |
| E87.5 | (Datenschutz) | Hyperkaliämie |
| F06.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit |
| F10.3 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom |
| F11.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F20.0 | (Datenschutz) | Paranoide Schizophrenie |
| F32.1 | (Datenschutz) | Mittelgradige depressive Episode |
| F32.2 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F32.9 | (Datenschutz) | Depressive Episode, nicht näher bezeichnet |
| F33.1 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F33.2 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F41.9 | (Datenschutz) | Angststörung, nicht näher bezeichnet |
| F43.0 | (Datenschutz) | Akute Belastungsreaktion |
| F43.9 | (Datenschutz) | Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet |
| F45.30 | (Datenschutz) | Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem |
| F45.31 | (Datenschutz) | Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem |
| F45.33 | (Datenschutz) | Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem |
| F45.8 | (Datenschutz) | Sonstige somatoforme Störungen |
| F48.0 | (Datenschutz) | Neurasthenie |
| G00.9 | (Datenschutz) | Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet |
| G21.4 | (Datenschutz) | Vaskuläres Parkinson-Syndrom |
| G30.9 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet |
| G31.82 | (Datenschutz) | Lewy-Körper-Krankheit |
| G35.21 | (Datenschutz) | Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G40.1 | (Datenschutz) | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen |
| G43.0 | (Datenschutz) | Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne] |
| G43.1 | (Datenschutz) | Migräne mit Aura [Klassische Migräne] |
| G43.9 | (Datenschutz) | Migräne, nicht näher bezeichnet |
| G44.2 | (Datenschutz) | Spannungskopfschmerz |
| G45.32 | (Datenschutz) | Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G45.82 | (Datenschutz) | Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G47.31 | (Datenschutz) | Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom |
| G50.0 | (Datenschutz) | Trigeminusneuralgie |
| G62.9 | (Datenschutz) | Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet |
| G91.29 | (Datenschutz) | Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet |
| G93.4 | (Datenschutz) | Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet |
| H81.0 | (Datenschutz) | Ménière-Krankheit |
| H81.2 | (Datenschutz) | Neuropathia vestibularis |
| H81.3 | (Datenschutz) | Sonstiger peripherer Schwindel |
| I10.00 | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| I11.00 | (Datenschutz) | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| I11.01 | (Datenschutz) | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I11.90 | (Datenschutz) | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| I20.0 | (Datenschutz) | Instabile Angina pectoris |
| I20.8 | (Datenschutz) | Sonstige Formen der Angina pectoris |
| I20.9 | (Datenschutz) | Angina pectoris, nicht näher bezeichnet |
| I21.1 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand |
| I26.9 | (Datenschutz) | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I35.2 | (Datenschutz) | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| I44.1 | (Datenschutz) | Atrioventrikulärer Block 2. Grades |
| I46.9 | (Datenschutz) | Herzstillstand, nicht näher bezeichnet |
| I47.1 | (Datenschutz) | Supraventrikuläre Tachykardie |
| I47.9 | (Datenschutz) | Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet |
| I48.3 | (Datenschutz) | Vorhofflattern, typisch |
| I48.4 | (Datenschutz) | Vorhofflattern, atypisch |
| I49.3 | (Datenschutz) | Ventrikuläre Extrasystolie |
| I49.5 | (Datenschutz) | Sick-Sinus-Syndrom |
| I50.11 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden |
| I50.12 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung |
| I50.19 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet |
| I61.0 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal |
| I62.00 | (Datenschutz) | Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut |
| I63.9 | (Datenschutz) | Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet |
| I70.25 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän |
| I80.1 | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis |
| I80.20 | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen |
| I83.9 | (Datenschutz) | Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung |
| I87.20 | (Datenschutz) | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration |
| I95.1 | (Datenschutz) | Orthostatische Hypotonie |
| I95.2 | (Datenschutz) | Hypotonie durch Arzneimittel |
| I95.9 | (Datenschutz) | Hypotonie, nicht näher bezeichnet |
| I97.9 | (Datenschutz) | Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet |
| J03.9 | (Datenschutz) | Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet |
| J10.1 | (Datenschutz) | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen |
| J12.9 | (Datenschutz) | Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J18.8 | (Datenschutz) | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| J20.8 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger |
| J42 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis |
| J44.00 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| J44.01 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.02 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes |
| J44.82 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes |
| J44.83 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥70 % des Sollwertes |
| J45.0 | (Datenschutz) | Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale |
| J67.0 | (Datenschutz) | Farmerlunge |
| J90 | (Datenschutz) | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert |
| J93.0 | (Datenschutz) | Spontaner Spannungspneumothorax |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| J96.11 | (Datenschutz) | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] |
| J98.2 | (Datenschutz) | Interstitielles Emphysem |
| K12.28 | (Datenschutz) | Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes |
| K21.9 | (Datenschutz) | Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis |
| K22.1 | (Datenschutz) | Ösophagusulkus |
| K29.3 | (Datenschutz) | Chronische Oberflächengastritis |
| K29.5 | (Datenschutz) | Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet |
| K43.0 | (Datenschutz) | Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän |
| K52.1 | (Datenschutz) | Toxische Gastroenteritis und Kolitis |
| K52.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| K52.9 | (Datenschutz) | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet |
| K55.0 | (Datenschutz) | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K55.1 | (Datenschutz) | Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K56.4 | (Datenschutz) | Sonstige Obturation des Darmes |
| K56.5 | (Datenschutz) | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion |
| K57.30 | (Datenschutz) | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung |
| K57.31 | (Datenschutz) | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung |
| K62.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums |
| K63.5 | (Datenschutz) | Polyp des Kolons |
| K64.0 | (Datenschutz) | Hämorrhoiden 1. Grades |
| K70.1 | (Datenschutz) | Alkoholische Hepatitis |
| K72.9 | (Datenschutz) | Leberversagen, nicht näher bezeichnet |
| K74.6 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber |
| K75.0 | (Datenschutz) | Leberabszess |
| K80.01 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| K83.1 | (Datenschutz) | Verschluss des Gallenganges |
| K85.10 | (Datenschutz) | Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K85.80 | (Datenschutz) | Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K85.90 | (Datenschutz) | Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K86.0 | (Datenschutz) | Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis |
| K92.0 | (Datenschutz) | Hämatemesis |
| L02.4 | (Datenschutz) | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten |
| L03.10 | (Datenschutz) | Phlegmone an der oberen Extremität |
| L03.11 | (Datenschutz) | Phlegmone an der unteren Extremität |
| L27.0 | (Datenschutz) | Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel |
| L30.9 | (Datenschutz) | Dermatitis, nicht näher bezeichnet |
| L50.0 | (Datenschutz) | Allergische Urtikaria |
| M05.90 | (Datenschutz) | Seropositive chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M06.00 | (Datenschutz) | Seronegative chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| M06.46 | (Datenschutz) | Entzündliche Polyarthropathie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M06.99 | (Datenschutz) | Chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M10.90 | (Datenschutz) | Gicht, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M13.0 | (Datenschutz) | Polyarthritits, nicht näher bezeichnet |
| M13.81 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M16.1 | (Datenschutz) | Sonstige primäre Koxarthrose |
| M17.9 | (Datenschutz) | Gonarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M19.83 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M35.3 | (Datenschutz) | Polymyalgia rheumatica |
| M47.26 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich |
| M48.00 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M60.05 | (Datenschutz) | Infektiöse Myositis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M67.47 | (Datenschutz) | Ganglion: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M79.65 | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M80.88 | (Datenschutz) | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M81.48 | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M87.95 | (Datenschutz) | Knochennekrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| N10 | (Datenschutz) | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| N13.3 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose |
| N17.21 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1 |
| N17.83 | (Datenschutz) | Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3 |
| N17.91 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1 |
| N17.92 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2 |
| N18.4 | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 |
| R00.0 | (Datenschutz) | Tachykardie, nicht näher bezeichnet |
| R00.2 | (Datenschutz) | Palpitationen |
| R04.0 | (Datenschutz) | Epistaxis |
| R04.2 | (Datenschutz) | Hämoptoe |
| R05 | (Datenschutz) | Husten |
| R07.1 | (Datenschutz) | Brustschmerzen bei der Atmung |
| R13.9 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie |
| R17.0 | (Datenschutz) | Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert |
| R20.2 | (Datenschutz) | Parästhesie der Haut |
| R21 | (Datenschutz) | Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen |
| R23.2 | (Datenschutz) | Gesichtsrötung [Flush] |
| R25.2 | (Datenschutz) | Krämpfe und Spasmen der Muskulatur |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| R29.6 | (Datenschutz) | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert |
| R40.2 | (Datenschutz) | Koma, nicht näher bezeichnet |
| R41.0 | (Datenschutz) | Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet |
| R47.0 | (Datenschutz) | Dysphasie und Aphasie |
| R50.88 | (Datenschutz) | Sonstiges näher bezeichnetes Fieber |
| R50.9 | (Datenschutz) | Fieber, nicht näher bezeichnet |
| R52.0 | (Datenschutz) | Akuter Schmerz |
| R53 | (Datenschutz) | Unwohlsein und Ermüdung |
| R56.8 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe |
| R57.1 | (Datenschutz) | Hypovolämischer Schock |
| R59.9 | (Datenschutz) | Lymphknotenvergrößerung, nicht näher bezeichnet |
| R60.0 | (Datenschutz) | Umschriebenes Ödem |
| R64 | (Datenschutz) | Kachexie |
| R91 | (Datenschutz) | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge |
| S06.5 | (Datenschutz) | Traumatische subdurale Blutung |
| S20.2 | (Datenschutz) | Prellung des Thorax |
| S22.06 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 |
| S22.32 | (Datenschutz) | Fraktur einer sonstigen Rippe |
| S32.02 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 |
| S32.1 | (Datenschutz) | Fraktur des Os sacrum |
| S32.5 | (Datenschutz) | Fraktur des Os pubis |
| S70.0 | (Datenschutz) | Prellung der Hüfte |
| S72.11 | (Datenschutz) | Femurfraktur: Intertrochantär |
| T18.1 | (Datenschutz) | Fremdkörper im Ösophagus |
| T38.3 | (Datenschutz) | Vergiftung: Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika] |
| T39.1 | (Datenschutz) | Vergiftung: 4-Aminophenol-Derivate |
| T40.1 | (Datenschutz) | Vergiftung: Heroin |
| T40.7 | (Datenschutz) | Vergiftung: Cannabis (-Derivate) |
| T42.4 | (Datenschutz) | Vergiftung: Benzodiazepine |
| T43.0 | (Datenschutz) | Vergiftung: Tri- und tetrazyklische Antidepressiva |
| T43.2 | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva |
| T50.9 | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen |
| T58 | (Datenschutz) | Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid |
| T68 | (Datenschutz) | Hypothermie |
| T78.3 | (Datenschutz) | Angioneurotisches Ödem |
| T78.4 | (Datenschutz) | Allergie, nicht näher bezeichnet |
| T78.8 | (Datenschutz) | Sonstige unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert |
| T81.0 | (Datenschutz) | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert |
| T82.7 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T85.74 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde] |
| Z03.8 | (Datenschutz) | Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen |

| Prozeduren zu B-1.7 | | |
|----------------------------|-----------------|---|
| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
| 8-930 | 271 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 9-984.8 | 256 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-984.7 | 249 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 1-632.0 | 227 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-200 | 161 | Native Computertomographie des Schädels |
| 9-984.9 | 142 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 1-440.a | 131 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 8-800.c0 | 87 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 9-984.b | 85 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 1-207.0 | 78 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden) |
| 9-984.a | 76 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 3-225 | 69 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 1-650.2 | 65 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie |
| 3-222 | 62 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 8-854.2 | 59 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation |
| 9-984.6 | 53 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 8-831.0 | 37 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 8-98g.11 | 37 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 3-820 | 36 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 1-444.7 | 31 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien |
| 8-706 | 25 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8-98g.12 | 22 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 8-152.1 | 21 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle |
| 5-469.e3 | 15 | Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch |
| 1-620.00 | 14 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen |
| 3-202 | 14 | Native Computertomographie des Thorax |
| 5-452.61 | 14 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 1-844 | 13 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 8-771 | 13 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 8-98g.13 | 13 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |
| 1-650.1 | 12 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 8-98g.10 | 12 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 8-831.5 | 11 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation |
| 1-651 | 10 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 3-052 | 10 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 5-469.d3 | 10 | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch |
| 1-266.0 | 9 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher |
| 1-853.2 | 9 | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion |
| 8-153 | 9 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 1-650.0 | 8 | Diagnostische Koloskopie: Partiiell |
| 3-802 | 8 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-399.5 | 8 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-449.e3 | 8 | Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch |
| 8-701 | 8 | Einfache endotracheale Intubation |
| 3-82x | 7 | Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel |
| 5-431.20 | 7 | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode |
| 3-207 | 6 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-220 | 6 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 8-640.0 | 6 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) |
| 8-98g.01 | 6 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 8-98g.14 | 6 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage |
| 1-444.6 | 5 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie |
| 8-133.0 | 5 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 8-810.x | 5 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige |
| 1-242 | 4 | Audiometrie |
| 3-203 | 4 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-452.62 | 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 1-204.2 | (Datenschutz) | Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme |
| 1-275.0 | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen |
| 1-425.1 | (Datenschutz) | (Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus: Lymphknoten, supraklavikulär (Virchow-Drüse) |
| 1-430.10 | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie |
| 1-440.9 | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt |
| 1-620.01 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage |
| 1-630.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument |
| 1-631.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs |
| 1-632.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum |
| 1-790 | (Datenschutz) | Polysomnographie |
| 1-791 | (Datenschutz) | Kardiorespiratorische Polygraphie |
| 1-842 | (Datenschutz) | Diagnostische Punktion des Perikardes [Perikardiozentese] |
| 1-843 | (Datenschutz) | Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus |
| 3-056 | (Datenschutz) | Endosonographie des Pankreas |
| 3-205 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-221 | (Datenschutz) | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-226 | (Datenschutz) | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 3-22x | (Datenschutz) | Andere Computertomographie mit Kontrastmittel |
| 3-701 | (Datenschutz) | Szintigraphie der Schilddrüse |
| 3-703.0 | (Datenschutz) | Szintigraphie der Lunge: Perfusionsszintigraphie |
| 3-800 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 3-806 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-80x | (Datenschutz) | Andere native Magnetresonanztomographie |
| 3-821 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-825 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5-399.7 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-429.e | (Datenschutz) | Andere Operationen am Ösophagus: Endoskopische Injektion |
| 5-433.21 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 5-433.22 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge |
| 5-449.d3 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch |
| 5-451.71 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-451.92 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation |
| 5-452.82 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation |
| 5-482.01 | (Datenschutz) | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch |
| 5-489.1 | (Datenschutz) | Andere Operation am Rektum: Sklerosierung, peranal |
| 5-493.1 | (Datenschutz) | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Sklerosierung |
| 5-892.0g | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Fuß |
| 5-892.1f | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Unterschenkel |
| 5-900.04 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf |
| 8-100.2 | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Laryngoskopie |
| 8-100.8 | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastroduodenoskopie |
| 8-132.3 | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich |
| 8-133.1 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung |
| 8-144.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig |
| 8-144.2 | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter |
| 8-152.0 | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Perikard |
| 8-158.1 | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Akromioklavikulargelenk |
| 8-500 | (Datenschutz) | Tamponade einer Nasenblutung |
| 8-640.1 | (Datenschutz) | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation) |
| 8-642 | (Datenschutz) | Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus |
| 8-716.00 | (Datenschutz) | Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Nicht invasive häusliche Beatmung |
| 8-718.1 | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage |
| 8-800.c1 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE |
| 8-800.g0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat |
| 8-812.60 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-831.2 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel |
| 8-980.0 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-980.21 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte |
| 8-980.50 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2209 bis 2484 Aufwandspunkte |
| 8-98g.02 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 8-98g.03 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |
| 8-98g.04 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage |
| 9-500.0 | (Datenschutz) | Patientenschulung: Basisschulung |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| E86 | 12 | Volumenmangel |
| S72.11 | 10 | Femurfraktur: Intertrochantär |
| S32.5 | 4 | Fraktur des Os pubis |
| A46 | (Datenschutz) | Erysipel [Wundrose] |
| B99 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| D62 | (Datenschutz) | Akute Blutungsanämie |
| D64.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Anämien |
| F43.0 | (Datenschutz) | Akute Belastungsreaktion |
| G20.20 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfuktuation |
| I10.00 | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| I10.01 | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I50.01 | (Datenschutz) | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| J18.9 | (Datenschutz) | Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J20.9 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet |
| L97 | (Datenschutz) | Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert |
| M16.9 | (Datenschutz) | Koxarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M19.87 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M47.94 | (Datenschutz) | Spondylose, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich |
| M54.5 | (Datenschutz) | Kreuzschmerz |
| M84.38 | (Datenschutz) | Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| N17.93 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 |
| R40.0 | (Datenschutz) | Somnolenz |
| R91 | (Datenschutz) | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| R93.0 | (Datenschutz) | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Schädels und des Kopfes, anderenorts nicht klassifiziert |
| S20.2 | (Datenschutz) | Prellung des Thorax |
| S30.0 | (Datenschutz) | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| S32.02 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 |
| S32.4 | (Datenschutz) | Fraktur des Acetabulums |
| S32.7 | (Datenschutz) | Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| S72.05 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Basis |
| S72.10 | (Datenschutz) | Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 1-771 | 17 | Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA) |
| 8-550.0 | 11 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten |
| 9-984.7 | 9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-984.8 | 9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 8-550.1 | 7 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten |
| 3-200 | 5 | Native Computertomographie des Schädels |
| 9-984.9 | 5 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 1-770 | (Datenschutz) | Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment |
| 1-774 | (Datenschutz) | Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA) |
| 1-844 | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 3-203 | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-206 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens |
| 3-226 | (Datenschutz) | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 3-802 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-806 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-820 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-82a | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 8-152.1 | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle |
| 8-800.c0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-930 | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 9-984.a | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 9-984.b | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |

Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|------------------------------|
| M17.1 | 146 | Sonstige primäre Gonarthrose |

Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| M16.1 | 136 | Sonstige primäre Koxarthrose |
| M75.1 | 26 | Läsionen der Rotatorenmanschette |
| M54.4 | 21 | Lumboischialgie |
| T84.5 | 14 | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese |
| M23.51 | 13 | Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband |
| M54.5 | 9 | Kreuzschmerz |
| M20.1 | 8 | Hallux valgus (erworben) |
| T84.04 | 8 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk |
| M87.05 | 6 | Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| T84.05 | 6 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk |
| M16.3 | 5 | Sonstige dysplastische Koxarthrose |
| M20.2 | 5 | Hallux rigidus |
| M16.7 | 4 | Sonstige sekundäre Koxarthrose |
| M17.5 | 4 | Sonstige sekundäre Gonarthrose |
| M75.4 | 4 | Impingement-Syndrom der Schulter |
| S83.53 | 4 | Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes |
| D16.2 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität |
| M00.26 | (Datenschutz) | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M10.07 | (Datenschutz) | Idiopathische Gicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M13.16 | (Datenschutz) | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M17.0 | (Datenschutz) | Primäre Gonarthrose, beidseitig |
| M17.3 | (Datenschutz) | Sonstige posttraumatische Gonarthrose |
| M19.01 | (Datenschutz) | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M19.07 | (Datenschutz) | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M19.21 | (Datenschutz) | Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M19.81 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M19.87 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M19.91 | (Datenschutz) | Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M20.3 | (Datenschutz) | Sonstige Deformität der Großzehe (erworben) |
| M22.2 | (Datenschutz) | Krankheiten im Patellofemoralbereich |
| M23.23 | (Datenschutz) | Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus |
| M23.32 | (Datenschutz) | Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus |

Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| M23.33 | (Datenschutz) | Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus |
| M23.35 | (Datenschutz) | Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Außenmeniskus |
| M23.89 | (Datenschutz) | Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band |
| M24.27 | (Datenschutz) | Krankheiten der Bänder: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M24.65 | (Datenschutz) | Ankylose eines Gelenkes: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M25.56 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M25.75 | (Datenschutz) | Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M47.20 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M51.1 | (Datenschutz) | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie |
| M53.1 | (Datenschutz) | Zervikobrachial-Syndrom |
| M53.3 | (Datenschutz) | Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert |
| M54.13 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Zervikothorakalbereich |
| M54.17 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbosakralbereich |
| M66.37 | (Datenschutz) | Spontanruptur von Beugesehnen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M67.86 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Synovialis und der Sehnen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M75.0 | (Datenschutz) | Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel |
| M75.3 | (Datenschutz) | Tendinitis calcarea im Schulterbereich |
| M75.5 | (Datenschutz) | Bursitis im Schulterbereich |
| M77.3 | (Datenschutz) | Kalkaneussporn |
| M79.66 | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M80.08 | (Datenschutz) | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M80.85 | (Datenschutz) | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M80.98 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M84.17 | (Datenschutz) | Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M84.48 | (Datenschutz) | Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M87.06 | (Datenschutz) | Idiopathische aseptische Knochennekrose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M87.85 | (Datenschutz) | Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M87.95 | (Datenschutz) | Knochennekrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |

Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| R33 | (Datenschutz) | Harnverhaltung |
| S32.01 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 |
| S32.1 | (Datenschutz) | Fraktur des Os sacrum |
| S32.5 | (Datenschutz) | Fraktur des Os pubis |
| S42.3 | (Datenschutz) | Fraktur des Humerusschaftes |
| S43.01 | (Datenschutz) | Luxation des Humerus nach vorne |
| S43.4 | (Datenschutz) | Verstauchung und Zerrung des Schultergelenkes |
| S70.0 | (Datenschutz) | Prellung der Hüfte |
| S72.04 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal |
| S72.08 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile |
| S82.88 | (Datenschutz) | Frakturen sonstiger Teile des Unterschenkels |
| S83.0 | (Datenschutz) | Luxation der Patella |
| S86.0 | (Datenschutz) | Verletzung der Achillessehne |
| S93.48 | (Datenschutz) | Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Sonstige Teile |
| T81.0 | (Datenschutz) | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert |
| T84.00 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Schultergelenk |
| T84.16 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Knöchel und Fuß |
| T84.8 | (Datenschutz) | Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 5-820.00 | 141 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert |
| 5-822.g1 | 94 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert |
| 5-986.x | 62 | Minimalinvasive Technik: Sonstige |
| 9-984.7 | 27 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 5-822.01 | 22 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert |
| 8-800.c0 | 22 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 5-822.j1 | 21 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert |
| 5-822.g2 | 20 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert) |
| 5-813.4 | 16 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne |
| 5-814.3 | 16 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 5-805.7 | 14 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht |
| 5-814.4 | 14 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette |
| 5-812.5 | 12 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell |
| 5-820.02 | 12 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert) |
| 5-811.2h | 11 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk |
| 8-930 | 11 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 5-800.5h | 10 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk |
| 5-805.6 | 9 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale |
| 1-697.1 | 8 | Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk |
| 5-788.00 | 8 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I |
| 5-800.6g | 7 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk |
| 9-984.8 | 7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 5-812.7 | 6 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation |
| 5-824.21 | 6 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers |
| 5-829.g | 6 | Andere gelenkplastische Eingriffe: Entfernung von Abstandshaltern |
| 5-829.n | 6 | Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation |
| 8-914.12 | 6 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule |
| 9-984.6 | 6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 5-800.2h | 5 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Kniegelenk |
| 5-800.5g | 5 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk |
| 5-800.ah | 5 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Kniegelenk |
| 5-808.b0 | 5 | Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk |
| 5-822.81 | 5 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert |
| 5-823.27 | 5 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-829.9 | 5 | Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese) |
| 5-808.a4 | 4 | Offen chirurgische Arthrodesen: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach |
| 5-811.20 | 4 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humero-glenoidalgelenk |
| 5-823.7 | 4 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer bikondylären Oberflächenersatzprothese |
| 5-829.h | 4 | Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk |
| 5-839.a0 | 4 | Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung: 1 Wirbelkörper |
| 8-917.03 | 4 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule |
| 1-697.7 | (Datenschutz) | Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk |
| 1-697.8 | (Datenschutz) | Diagnostische Arthroskopie: Oberes Sprunggelenk |
| 1-854.6 | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Hüftgelenk |
| 5-780.1f | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Femur proximal |
| 5-782.10 | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Klavikula |
| 5-782.1e | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Schenkelhals |
| 5-782.1t | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Kalkaneus |
| 5-782.b0 | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula |
| 5-782.xt | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Sonstige: Kalkaneus |
| 5-783.0d | (Datenschutz) | Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken |
| 5-783.xd | (Datenschutz) | Entnahme eines Knochentransplantates: Sonstige: Becken |
| 5-784.0d | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Becken |
| 5-784.0u | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Tarsale |
| 5-784.1k | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, offen chirurgisch: Tibia proximal |
| 5-784.3d | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Knochentransplantation, nicht gefäßgestielt: Becken |
| 5-784.bk | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von humaner demineralisierter Knochenmatrix: Tibia proximal |
| 5-784.xd | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Sonstige: Becken |
| 5-784.xu | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Sonstige: Tarsale |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-786.0 | (Datenschutz) | Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube |
| 5-786.x | (Datenschutz) | Osteosyntheseverfahren: Sonstige |
| 5-787.1k | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal |
| 5-787.3f | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Femur proximal |
| 5-787.3r | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal |
| 5-787.3u | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tarsale |
| 5-787.5e | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals |
| 5-787.82 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Humerusschaft |
| 5-787.eh | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Femur distal |
| 5-787.kf | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femur proximal |
| 5-787.kv | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metatarsale |
| 5-787.xk | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Sonstige: Tibia proximal |
| 5-788.40 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles |
| 5-788.51 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie |
| 5-788.52 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale |
| 5-788.56 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I |
| 5-788.5c | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal |
| 5-788.5e | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie |
| 5-788.60 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I |
| 5-788.66 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk |
| 5-788.69 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 4 Gelenke |
| 5-793.2f | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal |
| 5-793.3r | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal |
| 5-794.0n | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal |
| 5-79b.01 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Akromioklavikulargelenk |
| 5-800.20 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humero Glenoidalgelenk |
| 5-800.30 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Humero Glenoidalgelenk |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-800.4h | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk |
| 5-800.50 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-800.60 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-800.6h | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk |
| 5-800.9q | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Metatarsophalangealgelenk |
| 5-800.ag | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk |
| 5-801.0g | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Hüftgelenk |
| 5-801.ah | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk |
| 5-801.bh | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Kniegelenk |
| 5-802.8 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Kombinierte Rekonstruktion |
| 5-804.8 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Rekonstruktion des medialen patellofemorales Ligamentes [MPFL] |
| 5-804.x | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Sonstige |
| 5-805.8 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Sehnenverlagerung |
| 5-805.a | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Implantat |
| 5-806.6 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des lateralen Bandapparates mit alloplastischem Bandersatz |
| 5-806.a | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik der Syndesmose |
| 5-807.6 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht des Bandapparates der Klavikula mit Schrauben- oder Drahtfixation |
| 5-808.80 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Arthrodesese: Unteres Sprunggelenk: Eine Sprunggelenksskammer |
| 5-808.a9 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Arthrodesese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach, Reoperation bei Rezidiv |
| 5-808.b1 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Arthrodesese: Zehengelenk: Großzehenendgelenk |
| 5-808.b2 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Arthrodesese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk |
| 5-810.1h | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Kniegelenk |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-810.2h | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk |
| 5-810.4h | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk |
| 5-810.9h | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk |
| 5-811.1h | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk |
| 5-811.21 | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Akromioklavikulargelenk |
| 5-811.2k | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk |
| 5-811.xk | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Sonstige: Oberes Sprunggelenk |
| 5-812.0h | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk |
| 5-812.e0 | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Humeroglenoidalgelenk |
| 5-812.eh | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk |
| 5-812.k1 | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Akromioklavikulargelenk |
| 5-814.5 | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Kapselraffung mit Fixation am Glenoid durch Naht |
| 5-814.7 | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne |
| 5-819.4 | (Datenschutz) | Andere arthroskopische Operationen: Bandplastik des lateralen Bandapparates des Sprunggelenkes mit ortsständigem Gewebe [Broström-Gould] |
| 5-820.01 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert |
| 5-821.0 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Revision (ohne Wechsel) |
| 5-821.18 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes |
| 5-821.24 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes |
| 5-821.2b | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes |
| 5-821.42 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert) |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-821.4x | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige |
| 5-822.92 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert) |
| 5-822.h1 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert |
| 5-823.0 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Revision (ohne Wechsel) |
| 5-823.1b | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert |
| 5-823.1c | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, hybrid (teilzementiert) |
| 5-823.22 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert |
| 5-823.28 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil |
| 5-823.6 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer unikondylären Schlittenprothese |
| 5-823.b0 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Nur Inlaywechsel |
| 5-824.20 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Konventionell (nicht invers) |
| 5-825.21 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: In eine Totalendoprothese, invers |
| 5-825.kx | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilwechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: Sonstige Teile |
| 5-829.e | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial |
| 5-829.k2 | (Datenschutz) | Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke |
| 5-839.a1 | (Datenschutz) | Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 2 Wirbelkörper |
| 5-854.0x | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Sonstige |
| 5-854.x8 | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Sehnen: Sonstige: Oberschenkel und Knie |
| 5-855.09 | (Datenschutz) | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Unterschenkel |
| 5-855.0a | (Datenschutz) | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Fuß |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-855.19 | (Datenschutz) | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel |
| 5-859.11 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Schulter und Axilla |
| 5-859.28 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Oberschenkel und Knie |
| 5-859.29 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Unterschenkel |
| 5-869.2 | (Datenschutz) | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe |
| 5-896.1e | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie |
| 5-986.y | (Datenschutz) | Minimalinvasive Technik: N.n.bez. |
| 8-020.5 | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel |
| 8-158.h | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk |
| 8-178.g | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung eines Gelenkes: Hüftgelenk |
| 8-178.h | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung eines Gelenkes: Kniegelenk |
| 8-201.0 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humero-glenoidalgelenk |
| 8-201.g | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk |
| 8-210 | (Datenschutz) | Brisement force |
| 8-831.0 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 8-917.13 | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule |
| 9-984.9 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |

Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| M75.1 | 164 | Läsionen der Rotatorenmanschette |
| M17.1 | 100 | Sonstige primäre Gonarthrose |
| M19.91 | 70 | Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M16.1 | 13 | Sonstige primäre Koxarthrose |
| M17.3 | 13 | Sonstige posttraumatische Gonarthrose |
| M75.4 | 7 | Impingement-Syndrom der Schulter |
| M16.0 | (Datenschutz) | Primäre Koxarthrose, beidseitig |
| M16.4 | (Datenschutz) | Posttraumatische Koxarthrose, beidseitig |
| M17.0 | (Datenschutz) | Primäre Gonarthrose, beidseitig |
| M17.2 | (Datenschutz) | Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig |
| M17.5 | (Datenschutz) | Sonstige sekundäre Gonarthrose |
| M17.9 | (Datenschutz) | Gonarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M65.91 | (Datenschutz) | Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |

Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| M75.3 | (Datenschutz) | Tendinitis calcarea im Schulterbereich |
| S42.00 | (Datenschutz) | Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet |
| S42.21 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf |
| S43.1 | (Datenschutz) | Luxation des Akromioklavikulargelenkes |
| S72.2 | (Datenschutz) | Subtrochantäre Fraktur |
| S82.18 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige |
| T81.4 | (Datenschutz) | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert |
| T84.00 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Schultergelenk |
| T84.04 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk |
| T84.05 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk |
| T84.5 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 5-811.20 | 181 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-814.3 | 170 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes |
| 5-812.f0 | 144 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroglenoidalgelenk |
| 5-869.2 | 125 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe |
| 5-814.4 | 122 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette |
| 5-819.10 | 100 | Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-814.7 | 94 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne |
| 5-800.30 | 73 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-800.60 | 73 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-782.a1 | 72 | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Humerus proximal |
| 5-800.40 | 71 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-800.80 | 70 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-810.90 | 62 | Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-810.20 | 57 | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-983 | 51 | Reoperation |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-822.j1 | 45 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert |
| 5-805.7 | 43 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht |
| 5-812.e0 | 42 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Humeroglenoidalgelenk |
| 5-824.20 | 38 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Konventionell (nicht invers) |
| 5-851.11 | 33 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Schulter und Axilla |
| 5-824.21 | 32 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers |
| 5-855.81 | 32 | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Schulter und Axilla |
| 5-822.g1 | 25 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert |
| 5-822.01 | 23 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert |
| 5-822.g2 | 22 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert) |
| 5-988.3 | 21 | Anwendung eines Navigationssystems: Optisch |
| 5-820.00 | 15 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert |
| 5-822.81 | 9 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert |
| 5-859.11 | 8 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Schulter und Axilla |
| 5-800.4h | 7 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk |
| 5-800.31 | 5 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Akromioklavikulargelenk |
| 5-800.61 | 5 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Akromioklavikulargelenk |
| 5-814.9 | 5 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodese der langen Bizepssehne |
| 8-800.c0 | 5 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 9-984.7 | 5 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 5-782.a0 | 4 | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Klavikula |
| 5-810.50 | 4 | Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroglenoidalgelenk |
| 9-984.8 | 4 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 1-697.7 | (Datenschutz) | Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk |
| 3-220 | (Datenschutz) | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-784.0h | (Datenschutz) | Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Femur distal |
| 5-784.0k | (Datenschutz) | Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Tibia proximal |
| 5-785.6k | (Datenschutz) | Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Sonstiger alloplastischer Knochenersatz, ohne Medikamentenzusatz: Tibia proximal |
| 5-787.1h | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femur distal |
| 5-787.20 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Klavikula |
| 5-787.30 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula |
| 5-787.31 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Humerus proximal |
| 5-787.4f | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal |
| 5-787.4k | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia proximal |
| 5-787.xj | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Sonstige: Patella |
| 5-791.1g | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft |
| 5-792.1g | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft |
| 5-794.1f | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal |
| 5-800.5h | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk |
| 5-801.h0 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knochenöffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroglenoidalgelenk |
| 5-810.10 | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-810.40 | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-813.e | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates |
| 5-814.b | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Stabilisierung des Akromioklavikulargelenkes durch Fixationsverfahren |
| 5-819.x1 | (Datenschutz) | Andere arthroskopische Operationen: Sonstige: Akromioklavikulargelenk |
| 5-821.41 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. |
| 5-821.43 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-822.g0 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert |
| 5-822.h1 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert |
| 5-822.h2 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Hybrid (teilzementiert) |
| 5-823.29 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil |
| 5-823.7 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer bikondylären Oberflächenersatzprothese |
| 5-823.kx | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Sonstige |
| 5-825.20 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: In eine Totalendoprothese, konventionell |
| 5-829.9 | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese) |
| 5-829.g | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Entfernung von Abstandshaltern |
| 5-829.n | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation |
| 5-859.18 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie |
| 5-894.16 | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla |
| 8-803.2 | (Datenschutz) | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung |
| 8-831.0 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 8-930 | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8-98g.12 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 8-990 | (Datenschutz) | Anwendung eines Navigationssystems |
| 9-984.6 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |

Diagnosen zu B-5.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| C50.9 | 39 | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet |
| I50.01 | 33 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| I50.14 | 32 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| C56 | 14 | Bösartige Neubildung des Ovars |
| C34.1 | 13 | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) |
| C25.0 | 12 | Bösartige Neubildung: Pankreaskopf |

Diagnosen zu B-5.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| C34.9 | 11 | Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet |
| C61 | 11 | Bösartige Neubildung der Prostata |
| C16.9 | 9 | Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet |
| C71.9 | 9 | Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet |
| J69.0 | 8 | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |
| C22.0 | 7 | Leberzellkarzinom |
| I63.9 | 7 | Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet |
| C20 | 6 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C54.1 | 6 | Bösartige Neubildung: Endometrium |
| C64 | 6 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken |
| C80.0 | 6 | Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet |
| T81.8 | 6 | Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| C22.1 | 5 | Intrahepatisches Gallengangskarzinom |
| C25.2 | 5 | Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz |
| C67.9 | 5 | Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet |
| K56.7 | 5 | Ileus, nicht näher bezeichnet |
| L89.34 | 5 | Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein |
| C16.3 | 4 | Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum |
| C34.3 | 4 | Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus) |
| C67.8 | 4 | Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend |
| F05.1 | 4 | Delir bei Demenz |
| I63.2 | 4 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien |
| C04.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet |
| C13.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet |
| C15.3 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel |
| C15.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet |
| C16.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Kardia |
| C16.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C17.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet |
| C18.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Zäkum |
| C18.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon ascendens |
| C18.6 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon descendens |
| C18.7 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum |
| C22.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet |
| C24.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang |
| C25.1 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Pankreaskörper |
| C25.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet |
| C26.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems |
| C34.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Hauptbronchus |
| C34.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C41.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenknorpels: Wirbelsäule |

Diagnosen zu B-5.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| C49.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses |
| C49.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte |
| C49.3 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax |
| C50.4 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse |
| C50.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C51.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C51.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet |
| C52 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Vagina |
| C60.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Penisschaft |
| C60.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet |
| C66 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Ureters |
| C68.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C68.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet |
| C69.3 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Chorioidea |
| C73 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Schilddrüse |
| C78.0 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge |
| C79.5 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes |
| C83.1 | (Datenschutz) | Mantelzell-Lymphom |
| C83.3 | (Datenschutz) | Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom |
| C85.1 | (Datenschutz) | B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet |
| C85.7 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms |
| C85.9 | (Datenschutz) | Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet |
| C90.00 | (Datenschutz) | Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| C91.00 | (Datenschutz) | Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| C91.40 | (Datenschutz) | Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| D46.9 | (Datenschutz) | Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet |
| D47.4 | (Datenschutz) | Osteomyelofibrose |
| D73.5 | (Datenschutz) | Infarzierung der Milz |
| E11.72 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.75 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet |
| E86 | (Datenschutz) | Volumenmangel |
| F03 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Demenz |
| G20.10 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfuktuation |
| G20.20 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfuktuation |
| G41.2 | (Datenschutz) | Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen |
| G41.8 | (Datenschutz) | Sonstiger Status epilepticus |
| G41.9 | (Datenschutz) | Status epilepticus, nicht näher bezeichnet |

Diagnosen zu B-5.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| G82.19 | (Datenschutz) | Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet |
| G93.1 | (Datenschutz) | Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert |
| H51.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Störungen der Blickbewegungen |
| I21.0 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| I21.4 | (Datenschutz) | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| I26.9 | (Datenschutz) | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I50.13 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| I61.6 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen |
| I61.8 | (Datenschutz) | Sonstige intrazerebrale Blutung |
| I61.9 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet |
| I63.1 | (Datenschutz) | Hirnininfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien |
| I63.3 | (Datenschutz) | Hirnininfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| I63.5 | (Datenschutz) | Hirnininfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien |
| I63.8 | (Datenschutz) | Sonstiger Hirnininfarkt |
| I64 | (Datenschutz) | Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet |
| I67.5 | (Datenschutz) | Moyamoya-Syndrom |
| I70.23 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz |
| I70.25 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän |
| I74.3 | (Datenschutz) | Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten |
| J18.0 | (Datenschutz) | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J18.9 | (Datenschutz) | Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J44.09 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.10 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| J44.19 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J98.7 | (Datenschutz) | Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert |
| K25.0 | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung |
| K26.0 | (Datenschutz) | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung |
| K29.0 | (Datenschutz) | Akute hämorrhagische Gastritis |
| K55.0 | (Datenschutz) | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K56.2 | (Datenschutz) | Volvulus |
| K56.5 | (Datenschutz) | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion |
| K70.3 | (Datenschutz) | Alkoholische Leberzirrhose |
| K74.6 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber |
| K92.2 | (Datenschutz) | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet |
| L12.0 | (Datenschutz) | Bullöses Pemphigoid |
| L89.35 | (Datenschutz) | Dekubitus 4. Grades: Sitzbein |
| L89.39 | (Datenschutz) | Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen |
| M46.46 | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich |
| M80.90 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen |

Diagnosen zu B-5.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| N17.83 | (Datenschutz) | Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3 |
| N17.93 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 |
| N17.99 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet |
| N18.4 | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 |
| N18.5 | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 |
| N39.0 | (Datenschutz) | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| N39.41 | (Datenschutz) | Überlaufinkontinenz |
| R52.0 | (Datenschutz) | Akuter Schmerz |
| R52.2 | (Datenschutz) | Sonstiger chronischer Schmerz |
| R64 | (Datenschutz) | Kachexie |
| R93.4 | (Datenschutz) | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Harnorgane |
| S32.02 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 |
| S72.01 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär |
| S72.2 | (Datenschutz) | Subtrochantäre Fraktur |
| S72.43 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär |
| T85.51 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt |

Prozeduren zu B-5.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 1-774 | 420 | Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA) |
| 8-98e.0 | 188 | Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 8-98e.1 | 170 | Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 9-984.8 | 71 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-984.7 | 65 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 8-98e.2 | 47 | Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 9-984.9 | 47 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 9-984.b | 44 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 8-800.c0 | 36 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-98e.3 | 15 | Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 9-984.a | 15 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 8-152.1 | 13 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle |
| 9-984.6 | 12 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 1-844 | 11 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 5-399.5 | 10 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 1-632.0 | 8 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |

Prozeduren zu B-5.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 3-200 | 7 | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-225 | 7 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 8-148.0 | 7 | Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum |
| 3-222 | 6 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 8-153 | 5 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 1-266.0 | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher |
| 1-440.a | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 1-650.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 1-771 | (Datenschutz) | Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA) |
| 1-853.2 | (Datenschutz) | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion |
| 3-13d.5 | (Datenschutz) | Urographie: Retrograd |
| 3-203 | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-220 | (Datenschutz) | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-820 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-82x | (Datenschutz) | Anderer Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel |
| 5-399.7 | (Datenschutz) | Anderer Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-429.a | (Datenschutz) | Anderer Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen |
| 5-431.20 | (Datenschutz) | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode |
| 5-449.e3 | (Datenschutz) | Anderer Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch |
| 5-560.2 | (Datenschutz) | Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral |
| 8-133.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 8-137.00 | (Datenschutz) | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral |
| 8-146.x | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes: Sonstige |
| 8-800.f1 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate |
| 8-810.x | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige |
| 8-930 | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8-982.0 | (Datenschutz) | Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 8-98g.10 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |

Prozeduren zu B-5.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-98g.12 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |

Diagnosen zu B-6.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| M79.70 | 48 | Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen |
| M54.4 | 32 | Lumboischialgie |
| M53.1 | 8 | Zervikobrachial-Syndrom |
| M54.5 | 7 | Kreuzschmerz |
| M06.90 | 6 | Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M53.0 | 6 | Zervikozephalisches Syndrom |
| M54.2 | 6 | Zervikalneuralgie |
| G50.0 | 4 | Trigeminusneuralgie |
| E11.40 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| F45.41 | (Datenschutz) | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |
| G24.3 | (Datenschutz) | Torticollis spasticus |
| G43.8 | (Datenschutz) | Sonstige Migräne |
| G44.2 | (Datenschutz) | Spannungskopfschmerz |
| G44.4 | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert |
| G50.1 | (Datenschutz) | Atypischer Gesichtsschmerz |
| G54.0 | (Datenschutz) | Läsionen des Plexus brachialis |
| G62.1 | (Datenschutz) | Alkohol-Polyneuropathie |
| G62.9 | (Datenschutz) | Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet |
| G90.59 | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| G90.61 | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ II |
| K86.1 | (Datenschutz) | Sonstige chronische Pankreatitis |
| M06.00 | (Datenschutz) | Seronegative chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen |
| M12.57 | (Datenschutz) | Traumatische Arthropathie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M17.3 | (Datenschutz) | Sonstige posttraumatische Gonarthrose |
| M25.50 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen |
| M25.51 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M25.55 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M25.56 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M25.57 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M51.1 | (Datenschutz) | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie |
| M54.15 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Thorakolumbalbereich |

Diagnosen zu B-6.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| M54.16 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbalbereich |
| M54.6 | (Datenschutz) | Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule |
| M54.80 | (Datenschutz) | Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M54.94 | (Datenschutz) | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich |
| M77.9 | (Datenschutz) | Enthesopathie, nicht näher bezeichnet |
| M79.20 | (Datenschutz) | Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M79.67 | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| R10.3 | (Datenschutz) | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches |
| R51 | (Datenschutz) | Kopfschmerz |
| R52.1 | (Datenschutz) | Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz |

Prozeduren zu B-6.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-918.14 | 131 | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon mindestens 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren |
| 8-918.02 | 25 | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren |
| 9-984.7 | 7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-984.6 | 6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 1-440.a | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 1-632.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-200 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-800 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 3-820 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 5-900.00 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Lippe |
| 8-918.12 | (Datenschutz) | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren |
| 9-984.8 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) kommt den Informationspflichten nach § 6 Telemediengesetz (TMG) nach und ist bemüht für die Richtigkeit und Aktualität aller auf seiner Website www.derprivatpatient.de enthaltenen Informationen und Daten zu sorgen. Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen und Daten ist jedoch ausgeschlossen. Der PKV-Verband behält sich vor, ohne Ankündigung Änderungen oder Ergänzungen der bereitgestellten Informationen oder Daten vorzunehmen.

PKV-Standorte

Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln
Postfach 51 10 40 50946 Köln

Büro Berlin

Heidestraße 40
10557 Berlin
Telefon +49 30 204589-66
Telefax +49 30 204589-33

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt mit der Software „Qualitätsbericht“ der Saatmann GmbH (www.saatmann.de).