



# Kreisklinik Jugenheim

Berichtsjahr 2022

## Qualitätsbericht

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

# Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	8
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	8
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	10
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	12
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	12
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	13
A-9	Anzahl der Betten	13
A-10	Gesamtfallzahlen	13
A-11	Personal des Krankenhauses	13
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	13
A-11.2	Pflegepersonal	13
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	14
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-12.1	Qualitätsmanagement	14
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	15
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	18
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	22
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	23
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	24
A-13	Besondere apparative Ausstattung	25
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	26

A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	26
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	26
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	26
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	26
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	28
B-[2316]	OCJ Orthocentrum Jugenheim	28
B-[2316].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[2316].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	28
B-[2316].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[2316].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[2316].6	Hauptdiagnosen nach ICD	30
B-[2316].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	32
B-[2316].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	34
B-[2316].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	34
B-[2316].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	35
B-[2316].11	Personelle Ausstattung	35
B-[3690]	ZAPI Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin	38
B-[3690].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[3690].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	38
B-[3690].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	38
B-[3690].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-[3690].6	Hauptdiagnosen nach ICD	39
B-[3690].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	39
B-[3690].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[3690].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	42
B-[3690].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	42
B-[3690].11	Personelle Ausstattung	42
C	Qualitätssicherung	46
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	46
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	46

C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	47
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	95
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	95
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	95
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	95
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	95
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	95
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	96
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	96
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	96
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	96
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	97
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	97
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	97

## Vorwort

Die Kreiskliniken Darmstadt–Dieburg sind ein Verbund mit den beiden Klinikstandorten Groß–Umstadt und Seeheim–Jugenheim in Trägerschaft des Landkreises Darmstadt–Dieburg. Wir bieten unseren Patienten eine umfassende Vollversorgung, die moderne Medizintechnik und persönliche Zuwendung vereint.

Die Kreiskliniken Darmstadt–Dieburg, mit rund 450 Betten verfügt über Kliniken für Traumatologie und Orthopädie, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesie und Intensivmedizin, Geriatrie, Radiologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie/Gesichtschirurgie, Innere Medizin I (Allg. Innere Medizin und Gastroenterologie) und Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie) sowie das Zentrum für akute und postakute Intensivmedizin und das Zentrum für seelische Gesundheit. Neben diesem breiten medizinischen Spektrum zeichnen wir uns durch Innovationen und Standortsicherheit aus.

Die Kreisklinik Groß–Umstadt versorgt auch alle Akutfälle aus der Region. Nach eingehender Untersuchung und Erstbehandlung durch ein speziell geschultes Ärzteteam werden Sie in der zuständigen Fachabteilung bestens versorgt. Ein eigenes Zentrallabor sowie eine Klinik für Radiologie übernehmen rund um die Uhr die notwendige Diagnostik.

In beiden Häusern befinden sich moderne Zimmer mit meist direktem Zugang zum Bad, Fernsehgerät und Telefon sind selbstverständlich, ebenso wie die tägliche Auswahl zwischen verschiedenen Menüs unserer Küche. Die Cafeteria bietet darüber hinaus eine große Auswahl an Speisen und Getränken an.

Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres Handelns. An unseren beiden Standorten, der Kreisklinik Groß–Umstadt und der Kreisklinik Jugenheim, bieten wir unseren Patienten mit einem kompetenten Team aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Verwaltungsmitarbeitern eine umfassende Vollversorgung.

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19–Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19–Pandemie hat der G–BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs–Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G–BA–Beschluss vom 27.März 2020 bzw. 21.April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs–Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Betriebsleiter/ Verwaltungsleiter

## Kreisklinik Jugenheim

Titel, Vorname, Name	Christoph Dahmen
Telefon	06078 79 1000
Fax	06078 79 1801
E-Mail	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de
Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Marco Bock-Klipstein
Telefon	06078 79 1005
E-Mail	m.bock-klipstein@kreiskliniken-dadi.de
Links	
Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/">http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/</a>



# Teil A

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Spezialklinik Jugenheim
PLZ	64342
Ort	Seeheim-Jugenheim
Straße	Hauptstr.
Hausnummer	30
IK-Nummer	260610690
Standort-Nummer	772773000
Standort-Nummer alt	2
Telefon-Vorwahl	06257
Telefon	5080
E-Mail	info@kreiskliniken-dadi.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/">http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Spezialklinik Jugenheim	
PLZ	64342
Ort	Seeheim-Jugenheim
Straße	Hauptstr.
Hausnummer	30
IK-Nummer	260610690
Standort-Nummer	772773000
Standort-Nummer alt	2
Standort-URL	<a href="http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/">http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses	
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsleiter
Titel, Vorname, Name	Christoph Dahmen
Telefon	06078 79 1000
Fax	06078 79 1801
E-Mail	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht

## Kreisklinik Jugenheim

Titel, Vorname, Name Pelin Meyer  
Telefon 06078 79 1000  
Fax 06078 79 1801  
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

### Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung  
Titel, Vorname, Name Jens Müller-Laupert  
Telefon 06078 79 1200  
Fax 06078 79 1801  
E-Mail j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de

### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Leiter, Chefarzt – Facharzt Orthopädie,  
Unfallchirurgie und Rheumatologie  
Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schräder  
Telefon 06078 508 196  
Fax 06078 79 2501  
E-Mail p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

### Leitung des Standorts

#### Spezialklinik Jugenheim – Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Betriebsleiter  
Titel, Vorname, Name Christoph Dahmen  
Telefon 06078 79 1000  
Fax 06078 79 1801  
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

#### Spezialklinik Jugenheim – Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht  
Titel, Vorname, Name Pelin Meyer  
Telefon 06078 79 1000  
Fax 06078 79 1801  
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

#### Spezialklinik Jugenheim – Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleiter  
Titel, Vorname, Name Jens Müller-Laupert  
Telefon 06078 79 1200  
Fax 06078 79 1801  
E-Mail j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de

#### Spezialklinik Jugenheim – Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Leiter, Chefarzt – Facharzt Orthopädie,  
Unfallchirurgie und Rheumatologie  
Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schräder  
Telefon 06078 508 196

Fax 06078 79 2501  
 E-Mail p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers Landkreis Darmstadt-Dieburg  
 Träger-Art öffentlich

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus  
 Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität  
 UMCH – Universitätsmedizin Neumarkt a. M. Campus Hamburg

### A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die Kreisklinik Jugenheim verfügt über eine Sektion ANOA (Konservative orthopädische Behandlung).

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP25 – Massage
1	Weitere Informationen auf der Homepage: <a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/physiotherapie-gross-umstadt/massageangebote/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/physiotherapie-gross-umstadt/massageangebote/</a>
2	MP29 – Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie z. B. bei CMD (Cranio-mandibuläre Dysfunktion = Fehlfunktion des Kopf-Kiefergelenks)
3	MP48 – Wärme- und Kälteanwendungen
4	MP51 – Wundmanagement
5	MP64 – Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
6	MP47 – Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
7	MP37 – Schmerztherapie/-management
8	MP63 – Sozialdienst
9	MP32 – Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie KG am Gerät
10	MP03 – Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
11	MP06 – Basale Stimulation
12	MP12 – Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
13	MP14 – Diät- und Ernährungsberatung
14	MP15 – Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
15	MP17 – Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
16	MP21 – Kinästhetik
17	MP24 – Manuelle Lymphdrainage
18	MP04 – Atemgymnastik/-therapie
19	MP11 – Sporttherapie/Bewegungstherapie z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie
20	MP34 – Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie
21	MP39 – Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe, Preha
22	MP42 – Spezielles pflegerisches Leistungsangebot z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester
23	MP53 – Aromapflege/-therapie
24	MP01 – Akupressur
25	MP60 – Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
26	MP02 – Akupunktur
27	MP18 – Fußreflexzonenmassage
28	MP26 – Medizinische Fußpflege
29	MP31 – Physikalische Therapie/Bädertherapie
30	MP33 – Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse

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

#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
3	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
4	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
5	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
6	NM02: Ein-Bett-Zimmer im Rahmen von zusätzlichen Wahlleistungen
7	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle im Rahmen von zusätzlichen Wahlleistungen
8	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
9	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Um allen unseren Besucherinnen und Besucher den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, ist uns Barrierefreiheit in allen Belangen ein großes Anliegen.

## A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schwerbehindertenbeauftragter
Titel, Vorname, Name	Christian Flach
Telefon	06078 79 4002
Fax	06078 79 1807
E-Mail	c.flach@kreiskliniken-dadi.de

## A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF26 – Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
2	BF11 – Besondere personelle Unterstützung
3	BF24 – Diätetische Angebote
4	BF04 – Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
5	BF09 – Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
6	BF08 – Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
7	BF10 – Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
8	BF06 – Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
9	BF37 – Aufzug mit visueller Anzeige
10	BF32 – Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung Raum der Stille
11	BF33 – Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
12	BF34 – Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
13	BF35 – Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
14	BF41 – Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme Klingel, Notruftelefon
15	BF29 – Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus Gesundheitswegweiser in verschiedenen Sprachen auf der Homepage ( <a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-besucher/#c90">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-besucher/#c90</a> )

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL03 – Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
2	FL06 – Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
3	FL01 – Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
4	FL07 – Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 – Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin Eigene Krankenpflegeschule, an unserem Standort in Groß-Umstadt
2	HB19 – Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 98

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 1310  
 Teilstationäre Fallzahl 0  
 Ambulante Fallzahl 3288  
 StäB. Fallzahl 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt 24,88

Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,75	Ohne	0,13
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	24,88

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 18,05

Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,92	Ohne	0,13
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,05

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt 64,4

Beschäftigungsverhältnis	Mit	64,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	64,4

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

Gesamt				6,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,42
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,07
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				20,53
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	20,53
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				2,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,12
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				5,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,42

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

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP25 – Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				0,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

Unsere Klinik gehört dem CLINOTEL-Krankenhausverbund an. Bei CLINOTEL verfolgen leistungsstarke „Non-Profit-Krankenhäuser“ das gemeinsame Ziel, beste Medizin und höchste Patientenzufriedenheit zu erreichen. Durch eine kontinuierliche Befragung der stationären Patienten im gesamten Krankenhausverbund wird ein verbundweites Benchmarking ermöglicht. Die Sicht des Patienten liefert ebenfalls wertvolle Hinweise zur Behandlungsqualität im Krankenhaus.

## A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Mitarbeiter Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Juliane Portmann
Telefon	06078 79 1013
E-Mail	j.portmann@kreiskliniken-dadi.de

## A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Betriebsleitung, Pflegedienstleitung, Betriebsrat, Qualitätsmanagement

Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Mitarbeiter Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name

Justina Bergmann

Telefon

06078 79 1005

E-Mail

j.bergmann@kreiskliniken-dadi.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS</p> <p>Letzte Aktualisierung: 21.02.2020</p>
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA: Lebensrettende Sofortmaßnahmen / Regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter</p> <p>Letzte Aktualisierung: 26.06.2019</p>
5	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Sturzprophylaxe (Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 09.12.2019</p>
6	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Dekubitus</p> <p>Letzte Aktualisierung: 21.10.2019</p>
7	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Freiheitsentziehende Maßnahmen</p> <p>Letzte Aktualisierung: 26.11.2019</p>
8	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS</p> <p>Letzte Aktualisierung: 21.02.2020</p>
9	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS</p> <p>Letzte Aktualisierung: 21.02.2020</p>
12	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientenidentifikationsarmbänder; OP-Checkliste; VA Patientenidentität</p> <p>Letzte Aktualisierung: 28.09.2020</p>
13	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA: Entlassungsmanagement</p> <p>Letzte Aktualisierung: 26.04.2017</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
14	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen RM05: Schmerzmanagement
15	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS Letzte Aktualisierung: 21.02.2020
16	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS Letzte Aktualisierung: 21.02.2020
17	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Postoperative Schmerztherapie im Aufwachraum Letzte Aktualisierung: 04.03.2019

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: bei Bedarf
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 25.06.2019

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums andere Frequenz

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Patientenidentifikationsarmbänder; Verfahrensanweisung zur Identitätsprüfung, OP-Checkliste

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 0

Erläuterungen Ein Krankhaushygieniker(Curricularer Krankenhaushygieniker in Weiterbildung)für alle Standorte Groß-Umstadt, Juenheim und Dieburg zuständig.

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 2

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 0

Erläuterungen HFK sind für alle Standorte Groß-Umstadt, Juenheim und Dieburg zuständig.

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 5

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor, Chefarzt für Orthopädie und Traumatologie

Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schröder

Telefon 06257 508 196

Fax 06257 508 562  
 E-Mail p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgmeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgmeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgmeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 28

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 143

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich
3	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)
4	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
5	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE-Netzwerk Südhessen

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

- ITS-KISS
- HAND-KISS
- STATIONS-KISS

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja Verfahrensanweisung Umgang mit Beschwerden Letzte Aktualisierung:21.02.2020
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Alle Mitarbeiter des Qualitätsmanagements bearbeiten Beschwerden. E-Mail: IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <a href="http://www.kreiskliniken-darmstadt-di-eburg.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig/index.html">http://www.kreiskliniken-darmstadt-di-eburg.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig/index.html</a> Sowohl Patienten, Mitarbeiter und Angehörige haben die Möglichkeit anonyme Beschwerden zu melden (Internet und Intranet)



### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Ein/e Apotheker/in von der Bären-Apotheke aus Erbach für beide Standorte zuständig.

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

### A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt  
 Präventions- und Interventionsmaßnahmen  
 vorgesehen? Nein

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor  
 Auswahl Nein

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 – Computertomograph (CT)	Ja Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
2	AA14 – Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) Geräte stehen auf der Intensivstation (ZAPI)
3	AA15 – Gerät zur Lungenersatztherapie/ – unterstützung	Ja Verfahren, durch das die Herz- und Lungenfunktion unterstützt bzw. übernommen werden kann z. B. ECMO
4	AA10 – Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja Hirnstrommessung

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten  
Notfallversorgung

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Keine Teilnahme an einem Modul der Speziellen Notfallversorgung.

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

Nein

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

Ja



## Teil B

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[2316] OCJ Orthocentrum Jugenheim

#### B-[2316].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung  
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung OCJ Orthocentrum Jugenheim

#### B-[2316].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	2300 - Orthopädie

#### B-[2316].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt des OrthoCentrums OCJ Jugenheim  
 Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schröder  
 Telefon 06257 508 196  
 Fax 06257 508 505  
 E-Mail d.keilmann@kreiskliniken-dadi.de  
 Strasse Hauptstr.  
 Hausnummer 30  
 PLZ 64342  
 Ort Seeheim-Jugenheim  
 URL <https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-jugenheim/klinik-fuer-orthopaedie-und-traumatologie-jugenheim/>

#### B-[2316].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[2316].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO15 - Fußchirurgie
2	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie
4	VO16 - Handchirurgie
5	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
6	VC30 - Septische Knochenchirurgie
7	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
8	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
10	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
11	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
12	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
13	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
14	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
15	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
16	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
17	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
18	VC63 - Amputationschirurgie
19	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
20	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
21	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
22	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
23	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
24	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
25	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
26	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
27	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
28	VO12 - Kinderorthopädie
29	VO13 - Spezialsprechstunde
30	VO14 - Endoprothetik
31	VO17 - Rheumachirurgie
32	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
33	VO21 - Traumatologie
34	VC66 - Arthroskopische Operationen

## B-[2316].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1225
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[2316].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	345
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	261
3	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	55
4	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	39
5	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	35
6	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	31
7	M54.4	Lumboischialgie	28
8	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	27
9	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	27
10	M54.5	Kreuzschmerz	19
11	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	14
12	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	14
13	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig	14
14	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	13
15	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	11
16	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	10
17	M87.85	Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	10
18	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	9
19	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	8
20	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	8
21	M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	6
22	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	6
23	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	6
24	M23.30	Sonstige Meniskusschädigungen: Mehrere Lokalisationen	6
25	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	4
26	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	4
27	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	4
28	M22.4	Chondromalacia patellae	4
29	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	4
30	S86.0	Verletzung der Achillessehne	4

**B-[2316].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	394
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	298
3	M48	Sonstige Spondylopathien	70
4	M54	Rückenschmerzen	59
5	M75	Schulterläsionen	53
6	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	45
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	39
8	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	39
9	S52	Fraktur des Unterarmes	25
10	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	17
11	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	14
12	M87	Knochennekrose	13
13	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	13
14	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	13
15	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	11
16	M00	Eitrige Arthritis	9
17	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	9
18	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	9
19	M22	Krankheiten der Patella	8
20	M93	Sonstige Osteochondropathien	6
21	M19	Sonstige Arthrose	5
22	S72	Fraktur des Femurs	5
23	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	5
24	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	4
25	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	4
26	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	4
27	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	4
28	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	4

**B-[2316].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[2316].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert	378
2	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	294
3	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	294
4	5-86a.20	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten	286
5	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	277
6	5-984	Mikrochirurgische Technik	127
7	5-988.3	Anwendung eines Navigationssystems: Optisch	121
8	5-830.4	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Drainage	103
9	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	73
10	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	69
11	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	63
12	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	63
13	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	58
14	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	57
15	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	46
16	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	45
17	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation	44
18	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	43
19	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	42
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	41
21	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	41

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	5-032.11	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	40
23	5-032.21	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 2 Segmente	36
24	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	32
25	5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel	32
26	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	30
27	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	29
28	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	28
29	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	25
30	8-190.40	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage	25

**B-[2316].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	758
2	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	357
3	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	320
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	294
5	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	286
6	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	172
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	127
8	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	121
9	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	112
10	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	112
11	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	103
12	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	92
13	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	87
14	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	62
15	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	62
16	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	58
17	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	50
18	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	49
19	5-786	Osteosyntheseverfahren	43

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	43
21	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	42
22	8-190	Spezielle Verbandstechniken	40
23	9-984	Pflegebedürftigkeit	39
24	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	38
25	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	34
26	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	31
27	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Frakture im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	31
28	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	30
29	5-836	Spondylodese	29
30	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	29

### B-[2316].7.2 Kompetenzprozeduren

### B-[2316].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechsstunde von Herrn Chefarzt Prof. Dr. med. Schröder
2	AM11 – Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Ambulanz/Sprechstunde der Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim
3	AM09 – D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Sprechstunde für Arbeitsunfälle (Freitag 9 <sup>00</sup> –11 <sup>00</sup> )
4	AM07 – Privatambulanz	Privatsprechsstunde von Herrn Chefarzt Prof. Dr. med. Schröder
5	AM11 – Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Indikationssprechstunde Endoprothetik durch sämtliche Oberärzte der Klinik

#### B-[2316].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#### B-[2316].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

### B-[2316].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	68

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
2	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	29
3	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	24
4	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	9
5	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	4
6	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	4
7	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	4

### B-[2316].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	100
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	34
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	30
4	1-697	Diagnostische Arthroskopie	9
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
6	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	5
7	5-841	Operationen an Bändern der Hand	4
8	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	4
9	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4

### B-[2316].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-[2316].11 Personelle Ausstattung

#### B-[2316].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	12,22	Fälle je VK/Person	100,2455
Beschäftigungsverhältnis	Mit 12,09	Ohne	0,13
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	12,22

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,35	Fälle je VK/Person	166,666672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,22	Ohne	0,13
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,35

### B-[2316].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

### B-[2316].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
2	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
3	ZF38 - Röntgendiagnostik - fachgebunden -
4	ZF02 - Akupunktur
5	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie
6	ZF29 - Orthopädische Rheumatologie
7	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

### B-[2316].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		30,85	Fälle je VK/Person	39,70827
Beschäftigungsverhältnis	Mit	30,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	30,85
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		2,53	Fälle je VK/Person	484,189728
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,53
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,85	Fälle je VK/Person	1441,17639
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,85
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		6	Fälle je VK/Person	204,166672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		2,72	Fälle je VK/Person	450,367645

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,72

**B-[2316].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 – Praxisanleitung
3	PQ01 – Bachelor
4	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[2316].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 – Kinästhetik
2	ZP01 – Basale Stimulation
3	ZP20 – Palliative Care
4	ZP14 – Schmerzmanagement
	z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
5	ZP18 – Dekubitusmanagement
6	ZP19 – Sturzmanagement
7	ZP16 – Wundmanagement
	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

**B-[2316].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[3690] ZAPI Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin

### B-[3690].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	ZAPI Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin

#### B-[3690].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3690 – Intensivmedizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten(II)

#### B-[3690].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt des Zentrums für Akute und Postakute Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Patrick Schmenger
Telefon	06257 508 541
Fax	06257 508 546
E-Mail	p.schmenger@kreiskliniken-dadi.de
Strasse	Hauptstr.
Hausnummer	30
PLZ	64342
Ort	Seeheim-Jugenheim
URL	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-jugenheim/zentrum-fuer-akute-und-postakute-intensivmedizin/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-jugenheim/zentrum-fuer-akute-und-postakute-intensivmedizin/</a>

### B-[3690].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

### B-[3690].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 – Intensivmedizin

#	Medizinische Leistungsangebote
2	VI08 – Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen im Rahmen der Intensivtherapie
3	VI29 – Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis im Rahmen der Intensivtherapie
4	VI16 – Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura im Rahmen der Intensivtherapie
5	VI15 – Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge im Rahmen der Intensivtherapie
6	VI00 – („Sonstiges“)

### B-[3690].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	85
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[3690].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	42
2	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	12
3	J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation	11
4	J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	7

### B-[3690].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	42
2	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	18
3	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	12
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	5

### B-[3690].6.2 Kompetenzdiagnosen

### B-[3690].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	804

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	518
3	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	371
4	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	103
5	1-900.0	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik: Einfach	78
6	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	67
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	55
8	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	49
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	39
10	8-718.84	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage	28
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	28
12	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	26
13	8-718.83	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage	26
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	26
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	26
16	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	22
17	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	22
18	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	20
19	3-200	Native Computertomographie des Schädels	18
20	3-202	Native Computertomographie des Thorax	16
21	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	14
22	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE	10
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	9
24	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	9
25	8-980.41	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	9

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	8
27	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	8
28	8-718.85	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage	8
29	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	8
30	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	7

**B-[3690].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	806
2	8-854	Hämodialyse	587
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	475
4	1-900	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik	78
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	71
6	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	67
7	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	67
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	55
9	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	49
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	39
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	28
12	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	26
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	26
14	5-311	Temporäre Tracheostomie	22
15	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	20
16	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	19
17	3-200	Native Computertomographie des Schädels	18
18	3-202	Native Computertomographie des Thorax	16
19	5-916	Temporäre Weichteildeckung	16
20	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	14
21	9-984	Pflegebedürftigkeit	13
22	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	10

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	9
24	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	8
25	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	7
26	8-390	Lagerungsbehandlung	6
27	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	5
28	8-190	Spezielle Verbandstechniken	4
29	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	4

## B-[3690].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[3690].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### B-[3690].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[3690].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[3690].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

### B-[3690].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3690].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-  
Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

## B-[3690].11 Personelle Ausstattung

### B-[3690].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		12,66	Fälle je VK/Person	6,71406
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,66

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,7	Fälle je VK/Person	7,94393
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,7

### B-[3690].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 – Anästhesiologie

### B-[3690].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 – Intensivmedizin
2	ZF28 – Notfallmedizin
3	ZF42 – Spezielle Schmerztherapie

### B-[3690].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5  
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		33,55	Fälle je VK/Person	2,53353
Beschäftigungsverhältnis	Mit	33,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	33,55

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

Gesamt		3,89	Fälle je VK/Person	21,8509
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,89

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,22	Fälle je VK/Person	38,28829
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,22

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		14,53	Fälle je VK/Person	5,84997
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,53

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

Gesamt		2,12	Fälle je VK/Person	40,09434
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,12

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,7	Fälle je VK/Person	31,48148
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,7	Ohne	0

Versorgungsform                      Ambulant                      0                      Stationär                      2,7

**B-[3690].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 – Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 – Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 – Praxisanleitung
4	PQ14 – Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[3690].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 – Kinästhetik
2	ZP04 – Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP01 – Basale Stimulation
4	ZP16 – Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
5	ZP02 – Bobath
6	ZP18 – Dekubitusmanagement
7	ZP19 – Sturzmanagement

**B-[3690].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**



## Teil C

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

##### DEK – Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	39
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	39

##### HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	325
Dokumentationsrate	100,62
Anzahl Datensätze Standort	327

Durch die unterschiedliche Zuordnung der Leistung zum Standort in der Sollstatistik im Vergleich zur Ist-Erfassung kann es bei Verlegungen zwischen den Standorten (z.B. Verlegung in die Geriatrie) und auch bei konsiliarisch erbrachten Leistungen für den anderen Standort Differenzen je nach Standort geben die eine Über- oder Unterdokumentation je Standort in der Soll-Ist Darstellung zur Folge haben können.

Kommentar Krankenhaus

##### HEP\_IMP – Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	309
Dokumentationsrate	100,97
Anzahl Datensätze Standort	312

Durch die unterschiedliche Zuordnung der Leistung zum Standort in der Sollstatistik im Vergleich zur Ist-Erfassung kann es bei Verlegungen zwischen den Standorten (z.B. Verlegung in die Geriatrie) und auch bei konsiliarisch erbrachten Leistungen für den anderen Standort Differenzen je nach Standort geben die eine Über- oder Unterdokumentation je Standort in der Soll-Ist Darstellung zur Folge haben können.

Kommentar Krankenhaus

##### HEP\_WE – Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	18
Dokumentationsrate	105,56
Anzahl Datensätze Standort	19

Durch die unterschiedliche Zuordnung der Leistung

Kommentar Krankenhaus

zum Standort in der Sollstatistik im Vergleich zur Ist-Erfassung kann es bei Verlegungen zwischen den Standorten (z.B. Verlegung in die Geriatrie) und auch bei konsiliarisch erbrachten Leistungen für den anderen Standort Differenzen je nach Standort geben die eine Über- oder Unterdokumentation je Standort in der Soll-Ist Darstellung zur Folge haben können.

**KEP – Knieendoprothesenversorgung**

Fallzahl	391
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	391

**KEP\_IMP – Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation**

Fallzahl	366
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	366

**KEP\_WE – Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	25
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	25

**PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Fallzahl	42
Dokumentationsrate	111,9
Anzahl Datensätze Standort	47

Kommentar Krankenhaus

Die QS-Dokumentation erfolgt zeitnah nach der Entlassung. Bei Fallklammern mit abgeschlossenen QS-Bögen für den ersten Aufenthalt sind diese im QS-Programm nicht offensichtlich was zu einer Überdokumentation durch die QS-Bögen des zweiten Falles führen konnte. Die Prüfung und Validierung wurde jetzt für 2023 im QS-Controlling erweitert und erfolgt jetzt laufend.

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

[arbeiten/grundlagen/standard-titel/](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit

%

Bundesergebnis

99,02

Vertrauensbereich bundesweit

98,98 – 99,06

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich Krankenhaus

89,85 – 100,00

*Fallzahl*

Grundgesamtheit

34

Beobachtete Ereignisse

34

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich

>= 95,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 – 99,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 – 98,41
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,85 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	34
4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 – 98,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
5. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 – 93,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 – 92,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	–

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

Ergebnis-ID 2013

Leistungsbereich CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle

Fachlicher Hinweis IQTIG

in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 – 92,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 232004\_2013

Leistungsbereich CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2013

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit %

Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 – 93,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

9. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID 2028

Leistungsbereich CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 – 96,02
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus 79,61 - 100,00

*Fallzahl*

Grundgesamtheit 15

Beobachtete Ereignisse 15

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich  $\geq 95,00 \%$

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 232005\_2028

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2028

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis 95,40

Vertrauensbereich bundesweit 95,28 - 95,51

Vertrauensbereich Krankenhaus -

11. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte

medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,61 - 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15

12. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232006\_2036

Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 – 98,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	–
13. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	<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</p>

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 – 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 – 0,67

*Fallzahl*

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	15,25

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

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 0,68
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	5

Erwartete Ereignisse	14,89
15. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 – 18,43
Rechnerisches Ergebnis	17,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,35 – 33,51
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	6
16. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 – 96,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP – Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 – 96,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK – Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 1,68
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	1343

Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	15,38
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 – 0,37
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 – 1,83

*Fallzahl*

Grundgesamtheit	1343
Beobachtete Ereignisse	15

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

Ergebnis-ID 521800

Leistungsbereich DEK – Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis 0,01

Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,29

*Fallzahl*

Grundgesamtheit	1343
Beobachtete Ereignisse	0

21. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID 52010

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,29

*Fallzahl*

Grundgesamtheit	1343
Beobachtete Ereignisse	0

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-

bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 – 97,74
Rechnerisches Ergebnis	96,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,27 – 98,27

*Fallzahl*

Grundgesamtheit	316
Beobachtete Ereignisse	306

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im

Fachlicher Hinweis IQTIG

Rahmen des festgelegten Verfahrens im  
Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere  
Informationen zu Referenzbereichen können unter  
folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-  
arbeiten/grundlagen/standard-titel/](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/) Das Qualitätsergebnis  
ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-  
bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle  
in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den  
Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen  
zu den vorgenommenen Anpassungen können der  
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen  
unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 – 92,23
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,89 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	20
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 24. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 – 9,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG

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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 – 97,04
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,49 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	250
Beobachtete Ereignisse	250
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

unter folgendem Link entnommen werden:

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

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 3,22
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	315
Beobachtete Ereignisse	4
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,39
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
Rechnerisches Ergebnis	3,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,95 - 6,12
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	316
Beobachtete Ereignisse	11
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen

von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,31
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	289
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des

Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle</p>

in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

33. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 2,65

*Fallzahl*

Grundgesamtheit	328
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,05

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im

Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeine besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010):

Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 – 95,20
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 – 100,00

*Fallzahl*

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL – Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des</p>

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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	<= 2,69 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus

Fachlicher Hinweis IQTIG

folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 6,34 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde,

war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID 54020

Leistungsbereich KEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis 98,12

Vertrauensbereich bundesweit 98,05 – 98,18

Rechnerisches Ergebnis 99,17

Vertrauensbereich Krankenhaus 97,59 – 99,72

*Fallzahl*

Grundgesamtheit 361

Beobachtete Ereignisse 358

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61

Rechnerisches Ergebnis 100  
 Vertrauensbereich Krankenhaus 84,54 - 100,00

*Fallzahl*

Grundgesamtheit 21  
 Beobachtete Ereignisse 21

*Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators*

Referenzbereich  $\geq 90,00\%$   
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar  
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10  
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID 54022

Leistungsbereich KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 – 92,89
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,68 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	25
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	KEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter

folgendem Link entnommen werden:

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,32
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,32
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich

Fachlicher Hinweis IQTIG

sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,03
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	370
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

Ergebnis-ID 54128

Leistungsbereich	KEP – Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 – 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	99,11 – 100,00
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	396
Beobachtete Ereignisse	396
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ( [Baden-Württemberg, Hessen])	Ja

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

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2022 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge 336

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr Ja

Prüfung durch Landesverbände Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr	336
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	355

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

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

Trifft nicht zu

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	17
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	16
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	16

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Orthopädie, Unfallchirurgie - JU Station 12 Orthopädie - Tagschicht	100 %
2	Orthopädie, Unfallchirurgie - JU Station 12 Orthopädie - Nachtschicht	100 %
3	Intensivmedizin - JUEG ZAPI - Tagschicht	100 %
4	Intensivmedizin - JUEG ZAPI - Nachtschicht	83,33 % Corona bedingter Mitarbeiterausfall; Coronabedingter Mitarbeiterausfall

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich – Station – Schicht	Erfüllungsgrad
1	Orthopädie, Unfallchirurgie – JU Station 12 Orthopädie – Tagschicht	99,18 %
2	Orthopädie, Unfallchirurgie – JU Station 12 Orthopädie – Nachtschicht	99,45 %
3	Intensivmedizin – JUEG ZAPI – Tagschicht	83,01 %
4	Intensivmedizin – JUEG ZAPI – Nachtschicht	63,01 % Corona bedingter Mitarbeiterausfall; Coronabedingter Mitarbeiterausfall

## C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatikrichtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein

