

# Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

Benedictus Krankenhaus Feldafing GmbH  
& Co. KG

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

Übermittelt am: 16.11.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

## Vorwort

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

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

### **Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

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

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

## Inhaltsverzeichnis

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| -        | <b>Einleitung.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>A</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des<br/>Krankenhausstandorts .....</b>   | <b>6</b>  |
| A-1      | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....   | 6         |
| A-2      | Name und Art des Krankenhausträgers.....  | 7         |
| A-3      | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....   | 8         |
| A-4      | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....  | 8         |
| A-5      | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....  | 8         |
| A-6      | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....   | 10        |
| A-7      | Aspekte der Barrierefreiheit.....   | 10        |
| A-8      | Forschung und Lehre des Krankenhauses .....   | 11        |
| A-9      | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....  | 11        |
| A-10     | Gesamtfallzahlen .....  | 12        |
| A-11     | Personal des Krankenhauses.....   | 12        |
| A-12     | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....  | 21        |
| A-13     | Besondere apparative Ausstattung.....   | 31        |
| A-14     | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c<br>Absatz 4 SGB V .....   | 31        |
| <b>B</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b>  | <b>32</b> |
| B-1      | Neurologie.....   | 32        |
| B-2      | Geriatrie .....   | 38        |
| B-3      | Orthopädie .....  | 43        |
| B-4      | Schmerzzentrum .....  | 48        |
| <b>C</b> | <b>Qualitätssicherung.....</b>  | <b>53</b> |
| C-1      | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden<br>Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..... | 53        |
| C-2      | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....   | 93        |

---

|     |  |           |
|-----|--|-----------|
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)<br>nach § 137f SGB V.....          | 93        |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung<br>.....                   | 93        |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2<br>SGB V.....                   | 93        |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1<br>Nummer 2 SGB V .....        | 93        |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1<br>Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 94        |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....   | 94        |
| -   | <b>Anhang.....</b>   | <b>95</b> |
|     | Diagnosen zu B-1.6 .....   | 95        |
|     | Prozeduren zu B-1.7 .....  | 96        |
|     | Diagnosen zu B-2.6 .....   | 97        |
|     | Prozeduren zu B-2.7 .....  | 98        |
|     | Diagnosen zu B-3.6 .....   | 99        |
|     | Prozeduren zu B-3.7 .....  | 99        |
|     | Diagnosen zu B-4.6 .....   | 100       |
|     | Prozeduren zu B-4.7 .....  | 104       |

## - Einleitung

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>   | Assistenz der Klinikleitung  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>                             | Jenny Lüscher  |
| <b>Telefon</b>  | 08157/28-0   |
| <b>E-Mail</b>   | <a href="mailto:jenny.luescher@artemed.de">jenny.luescher@artemed.de</a> |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts |  |
|--|--|
| <b>Funktion</b>  | Geschäftsführung   |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>  | Dr. Kerstin Eisenbeiß  |
| <b>Telefon</b>   | 08157/28-0   |
| <b>E-Mail</b>  | <a href="mailto:info@klinik-feldafing.de">info@klinik-feldafing.de</a> |

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.klinik-feldafing.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.artemed.de>

| Link  | Beschreibung |
|---|--------------|
| <a href="http://www.artemed.de">http://www.artemed.de</a> |              |

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

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus                             |   |
|---|---|
| Krankenhausname                         | Benedictus Krankenhaus Feldafing GmbH & Co. KG                                |
| Hausanschrift                           | Thomas-Mann-Straße 6<br>82340 Feldafing                                       |
| Zentrales Telefon                       | 08157/28-0  |
| Zentrale E-Mail                         | <a href="mailto:info@klinik-feldafing.de">info@klinik-feldafing.de</a>        |
| Postanschrift                           | Thomas-Mann-Straße 6<br>82340 Feldafing                                       |
| Institutionskennzeichen                 | 260912207   |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 773672000   |
| Standortnummer (alt)                    | 00  |
| URL                                     | <a href="https://www.klinik-feldafing.de">https://www.klinik-feldafing.de</a> |

### Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin |  |
|--------------------------------------|--|
| Funktion                             | Chefarzt Geriatrie   |
| Titel, Vorname, Name                 | Dr. Adrian Grund   |
| Telefon                              | 08157/28-0   |
| E-Mail                               | <a href="mailto:adrian.grund@artemed.de">adrian.grund@artemed.de</a> |

**Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Funktion</b>             | Chefarzt des Zentrums für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerzmedizin & Palliativmedizin |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Prof. Dr. Rainer Freynhagen   |
| <b>Telefon</b>              | 08157/28-0  |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:Rainer.Freynhagen@artemed.de">Rainer.Freynhagen@artemed.de</a>                |

**Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Funktion</b>             | Chefarzt Neurologie  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Prof. Dr. Dirk Sander  |
| <b>Telefon</b>              | 08157/28-0   |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:dirk.sander@artemed.de">dirk.sander@artemed.de</a> |

**Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Funktion</b>             | Chefärztin Orthopädie  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Dr. Sonja Herzberg   |
| <b>Telefon</b>              | 08157/28-0   |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:sonja.herzberg@artemed.de">sonja.herzberg@artemed.de</a> |

**Pflegedienstleitung****Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Funktion</b>             | Pflegedienstleitung  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Anna Ludwig  |
| <b>Telefon</b>              | 08157/28-0   |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:anna.ludwig@artemed.de">anna.ludwig@artemed.de</a> |

**Verwaltungsleitung****Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Funktion</b>             | Geschäftsführung   |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Dr. Kerstin Eisenbeiß  |
| <b>Telefon</b>              | 08157/28-0   |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:kerstin.eisenbeiss@artemed.de">kerstin.eisenbeiss@artemed.de</a> |

**A-2 Name und Art des Krankenhausträgers****Krankenhausträger**

|             |            |
|-------------|------------|
| <b>Name</b> | Artemed SE |
| <b>Art</b>  | Privat     |

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart |                                |
|----------------|--------------------------------|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus   |
| Universität    | Technische Universität München |

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

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

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot   | Kommentar |
|------|--|-----------|
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik  |           |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie   |           |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot  |           |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung  |           |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung   |           |
| MP38 | Sehschule/Orthoptik  |           |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung   |           |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie   |           |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen |           |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden   |           |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie                           |           |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik   |           |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie  |           |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst                      |           |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik  |           |
| MP27 | Musiktherapie  |           |
| MP51 | Wundmanagement   |           |

|      |   |                  |
|------|---|------------------|
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse   |                  |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie  |                  |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)  |                  |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit   |                  |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare  |                  |
| MP57 | Biofeedback-Therapie  |                  |
| MP26 | Medizinische Fußpflege  | externer Service |
| MP67 | Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder  |                  |
| MP37 | Schmerztherapie/-management   |                  |
| MP53 | Aromapflege/-therapie   |                  |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage   |                  |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie  |                  |
| MP02 | Akupunktur  |                  |
| MP06 | Basale Stimulation  |                  |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen   |                  |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage  |                  |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen  |                  |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung   |                  |
| MP21 | Kinästhetik   |                  |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)  |                  |
| MP25 | Massage   |                  |
| MP63 | Sozialdienst  |                  |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |                  |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining                     |                  |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung   |                  |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie   |                  |
| MP01 | Akupressur  |                  |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie   |                  |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie   |                  |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege  |                  |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen   |                  |

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

| Nr.  | Leistungsangebot  | Link |
|------|---|------|
| NM68 | Abschiedsraum   |      |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle   |      |
| NM42 | Seelsorge   |      |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)   |      |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |      |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)  |      |
| NM40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter |      |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten  |      |
| NM64 | Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet   |      |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen |  |
|---|--|
| Funktion  | Seelsorge  |
| Titel, Vorname, Name                                | Veronika Sube  |
| Telefon   | 08157/28-8535  |
| E-Mail  | <a href="mailto:Veronika.Sube@artemed.de">Veronika.Sube@artemed.de</a> |

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit  |
|------|--|
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen                  |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen  |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung   |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen  |

|      |  |
|------|--|
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                                  |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung   |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher   |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige   |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung   |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen  |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)  |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                             |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF24 | Diätische Angebote   |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen   |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung  |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten    |
|------|---|
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten                        |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher                            |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                   |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten                      |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen             |
|------|---|
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer |

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten |     |
|--------|-----|
| Betten | 108 |

## A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle |      |
|--|------|
| Vollstationäre Fallzahl                          | 1135 |
| Teilstationäre Fallzahl                          | 1796 |
| Ambulante Fallzahl                               | 131  |

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 44,98

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 44,98             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 29,38             |           |
| Nicht Direkt             | 15,6              |           |

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 25,68

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 25,68             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 15                |           |
| Nicht Direkt             | 10,68             |           |

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

Anzahl: 0

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 38,93

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 38,93             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 26,92             |           |
| Nicht Direkt             | 12,01             |           |

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,33

### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,33              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,33              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte: 2,6

### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,6               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2,6               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 1,22

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,22              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,22              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

**SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker**

Anzahl Vollkräfte: 0,2

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

#### **SP04 - Diätassistentin und Diätassistent**

Anzahl Vollkräfte: 1

#### **Personal aufgeteilt nach:**

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

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

#### **SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 3,5

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 1

#### **Personal aufgeteilt nach:**

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

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

### **SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita**

Anzahl Vollkräfte: 8,3

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 8,3               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 8,3               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

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

Anzahl Vollkräfte: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

**SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe**

Anzahl Vollkräfte: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

**SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik**

Anzahl Vollkräfte: 3,25

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,25              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,25              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Anzahl Vollkräfte: 0,66

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,66              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,66              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe**

Anzahl Vollkräfte: 11

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 11                |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 11                |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 4,88

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 4,88              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4,88              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Anzahl Vollkräfte: 2,6

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,6               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2,6               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements |  |
|--|--|
| Funktion   | Qualitätsmanagementbeauftragte   |
| Titel, Vorname, Name   | Barbara Walther  |
| Telefon  | 08157/28-0   |
| E-Mail   | <a href="mailto:barbara.walther@artemed.de">barbara.walther@artemed.de</a> |

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium                            |   |
|--|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Alle Abteilungen und Funktionen des Hauses im Rahmen der regelmäßigen Sitzungen des QM Arbeitskreises |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | bei Bedarf  |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement |  |
|---|--|
| Funktion  | Qualitätsmanagementbeauftragte   |
| Titel, Vorname, Name                                      | Barbara Walther  |
| Telefon   | 08157/28-0   |
| E-Mail  | <a href="mailto:barbara.walther@artemed.de">barbara.walther@artemed.de</a> |

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe      |  |
|---|--|
| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe      | Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement                          |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | Im Rahmen der mtl. Sitzungen der Klinikleitung (CÄ, GF, KL, PDL) |
| Tagungsfrequenz des Gremiums            | monatlich  |

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme  | Zusatzangaben   |
|------|---|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor                            | Name: Prozessbeschreibung<br>Datum: 01.01.2019  |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen  |   |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen  |   |
| RM05 | Schmerzmanagement   | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>Name: Prozessbeschreibung<br>Datum: 01.01.2019 |
| RM06 | Sturzprophylaxe   | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>Name: Prozessbeschreibung<br>Datum: 01.01.2019 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>Name: Prozessbeschreibung<br>Datum: 01.01.2019 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen  | - Qualitätszirkel   |
| RM18 | Entlassungsmanagement   | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>Name: Prozessbeschreibung<br>Datum: 01.01.2019 |

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem       |  |
|----------------------------------|--|
| Internes Fehlermeldesystem       | Ja   |
| Regelmäßige Bewertung            | Ja   |
| Tagungsfrequenz des Gremiums     | monatlich  |
| Verbesserung Patientensicherheit | Aufnahme und Bearbeitung von gemeldeten Fehlern und Beinahefehlern über ein CIRS |

| Nr.  | Instrument und Maßnahme   | Zusatzangaben |
|------|---|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 01.01.2019    |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  | bei Bedarf    |

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem |      |
|----------------------------------|------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Nein |

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal   | Anzahl (Personen) | Kommentar   |
|---|-------------------|---|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern   | 1                 | Externe Beratung durch Dr. Lerner                         |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte   | 4                 | Jede Fachabteilung besitzt einen hygienebeauftragten Arzt |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention<br>„Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1                 |   |
| Hygienebeauftragte in der Pflege  | 3                 |   |

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

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission |  |
|---|--|
| Funktion  | Facharzt für Mikrobiologie   |
| Titel, Vorname, Name                                | Dr. Johanna Lerner   |
| Telefon   | 0172/8639325-  |
| E-Mail  | <a href="mailto:johanna.lerner@ahl17.de">johanna.lerner@ahl17.de</a> |

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

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

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

|                        |   |
|------------------------|---|
| Der Standard liegt vor | Am Standort werden keine Operationen durchgeführt |
|------------------------|---|

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

### Händedesinfektion (ml/Patiententag)

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen                      |                                 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben        | keine Intensivstation vorhanden |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen                     |                                 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben       | ja                              |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen über alle Standorte | 16,50                           |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen  | ja                              |

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

| <b>MRSA</b>  |    |
|--|----|
| <b>Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke</b> | Ja |
| <b>Informationsmanagement für MRSA liegt vor</b>                                   | Ja |
| <b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening</b>   |    |
| <b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)</b>             | Ja |
| <b>Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang</b>                  |    |
| <b>Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren</b>   | Ja |

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr.  | Instrument und Maßnahme  | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---------------|-----------|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND-KISS     |           |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen   |               | Schulung  |

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement   |    | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---------------------------|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt  | Ja | Beschwerdemanagement      |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Konzept                   |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden   | Ja | mündliche Beschwerden     |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  | Ja | schriftliche Beschwerden  |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert   | Ja | Rückmeldung               |

#### Regelmäßige Einweiserbefragungen

|              |      |
|--------------|------|
| Durchgeführt | Nein |
|--------------|------|

#### Regelmäßige Patientenbefragungen

|              |    |
|--------------|----|
| Durchgeführt | Ja |
| Link         |    |
| Kommentar    | QM |

#### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

|           |             |
|-----------|-------------|
| Möglich   | Ja          |
| Link      |             |
| Kommentar | Briefkasten |

## Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement |  |
|---|--|
| Funktion                                    | QMB  |
| Titel, Vorname, Name                        | Barbara Walther  |
| Telefon                                     | 08157/28-0   |
| E-Mail                                      | <a href="mailto:barbara.walther@artemed.de">barbara.walther@artemed.de</a> |

| Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements |  |
|---|--|
| Link zum Bericht  |  |
| Kommentar   |  |

### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

#### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

| Verantwortliche Person AMTS |  |
|-----------------------------|--|
| Funktion                    | Qualitätsmanagementbeauftragte   |
| Titel, Vorname, Name        | Barbara Walther  |
| Telefon                     | 08157/28-0   |
| E-Mail                      | <a href="mailto:barbara.walther@artemed.de">barbara.walther@artemed.de</a> |

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal          | Anzahl<br>(Personen) |
|------------------------------------|----------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker       | 1                    |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0                    |

#### Erläuterungen

Personalgestellung über externe Krankenhausapotheke

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

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

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

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

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben  |
|------|--|--|
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln  |  |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li> <li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li> </ul>  |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)   |  |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> <li>- Aushändigung des Medikationsplans</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> </ul> |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallbesprechungen</li> <li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li> </ul>  |
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |  |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | <p>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br/>Name: Prozessbeschreibung<br/>Letzte Aktualisierung: 01.01.2019</p>   |

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte                  | Umgangssprachliche Bezeichnung                              | 24h verfügbar |
|------|------------------------------------|---|---------------|
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung  | Nein          |
| AA08 | Computertomograph (CT)             | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Nein          |

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

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

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

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Neurologie

#### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Neurologie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 2800           |
| Art   | Hauptabteilung |

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |  |
|--------------------------|--|
| Funktion                 | Chefarzt Neurologie  |
| Titel, Vorname, Name     | Prof. Dr. Dirk Sander  |
| Telefon                  | 08157/28-0   |
| E-Mail                   | <a href="mailto:dirk.sander@artemed.de">dirk.sander@artemed.de</a> |
| Straße/Nr                | Thomas-Mann-Straße 6   |
| PLZ/Ort                  | 82340 Feldafing  |
| Homepage                 |  |

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

#### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  |
|------|---|
| VN20 | Spezialsprechstunde   |
| VN10 | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen |
| VN21 | Neurologische Frührehabilitation  |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen               |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen                                 |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus    |

|      |   |
|------|---|
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems                 |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen                      |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen  |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns                                       |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden   |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems                             |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute  |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen                                  |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen  |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns  |
| VN16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels      |

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 231 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0   |

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Privatambulanz Neurologie Prof. Dr. Dirk Sander |   |
|---|---|
| Ambulanzart                                     | Privatambulanz (AM07)                           |
| Kommentar                                       | Privatambulanz Neurologie Prof. Dr. Dirk Sander |

### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 16                |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 14,4375

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7

#### Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 33

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin      |
| ZF37 | Rehabilitationswesen |
| ZF40 | Sozialmedizin        |

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,2

#### Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 16,26761

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,33

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,33              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,33              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 700

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ17 | Pflege in der Rehabilitation                                     |
| PQ20 | Praxisanleitung  |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                 |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                            |
| PQ13 | Hygienefachkraft   |
| PQ21 | Casemanagement   |
| PQ01 | Bachelor   |

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| Nr.  | Zusatzqualifikation   |
|------|-----------------------|
| ZP02 | Bobath                |
| ZP20 | Palliative Care       |
| ZP07 | Geriatric             |
| ZP05 | Entlassungsmanagement |
| ZP19 | Sturzmanagement       |

|      |                      |
|------|----------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation   |
| ZP14 | Schmerzmanagement    |
| ZP13 | Qualitätsmanagement  |
| ZP16 | Wundmanagement       |
| ZP08 | Kinästhetik          |
| ZP18 | Dekubitusmanagement  |
| ZP06 | Ernährungsmanagement |

**B-1.11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und  
                         Psychosomatik**

—      (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-2 Geriatrie

### B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Geriatrie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 0200           |
| Art   | Hauptabteilung |

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |  |
|--------------------------|--|
| Funktion                 | Chefarzt   |
| Titel, Vorname, Name     | Dr. Adrian Grund   |
| Telefon                  | 08157/28-0   |
| E-Mail                   | <a href="mailto:adrian.grund@artemed.de">adrian.grund@artemed.de</a> |
| Straße/Nr                | Thomas-Mann-Straße 6   |
| PLZ/Ort                  | 82340 Feldafing  |
| Homepage                 |  |

### B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

### B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   |
|------|--|
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten            |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen                                 |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz                                 |
| VI40 | Schmerztherapie  |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen                              |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen  |
| VR02 | Native Sonographie   |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen                              |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie   |

|      |   |
|------|---|
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen              |
| VR04 | Duplexsonographie   |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel                         |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)         |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten           |
| VI39 | Physikalische Therapie  |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis                                |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen          |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ                                     |

### B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 102 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0   |

### B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

### B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

### B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-2.11 Personelle Ausstattung

#### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,8

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 6,8               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 6,8               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 15

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 3

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 34

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin  |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,81

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 6,81              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 6,81              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 14,97797

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                 |
| PQ01 | Bachelor   |
| PQ17 | Pflege in der Rehabilitation                                     |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| PQ13 | Hygienefachkraft                      |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ21 | Casemanagement                        |

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| <b>Nr.</b> | <b>Zusatzqualifikation</b> |
|------------|----------------------------|
| ZP16       | Wundmanagement             |
| ZP18       | Dekubitusmanagement        |
| ZP07       | Geriatric                  |
| ZP19       | Sturzmanagement            |
| ZP20       | Palliative Care            |
| ZP08       | Kinästhetik                |
| ZP01       | Basale Stimulation         |
| ZP14       | Schmerzmanagement          |
| ZP06       | Ernährungsmanagement       |
| ZP13       | Qualitätsmanagement        |
| ZP05       | Entlassungsmanagement      |
| ZP02       | Bobath                     |

### **B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-3 Orthopädie

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

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

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |  |
|--------------------------|--|
| Funktion                 | Chefärztin   |
| Titel, Vorname, Name     | Dr. Sonja Herzberg   |
| Telefon                  | 08157/28-0   |
| Fax                      | 089/2555131705-  |
| E-Mail                   | <a href="mailto:sonja.herzberg@artemed.de">sonja.herzberg@artemed.de</a> |
| Straße/Nr                | Thomas-Mann-Straße 6   |
| PLZ/Ort                  | 82340 Feldafing  |
| Homepage                 |  |

### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

### B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  |
|------|---|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen   |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln   |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VR02 | Native Sonographie  |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie   |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes                                    |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien                                       |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens                          |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien   |

|      |   |
|------|---|
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen             |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes            |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien   |

### B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 195 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0   |

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

### B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Privatambulanz Dr. Sonja Herzberg |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Ambulanzart                       | Privatambulanz (AM07)             |
| Kommentar                         | Privatambulanz Dr. Sonja Herzberg |

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,58

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,58              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,58              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 54,46927

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3

#### Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 65

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ49 | Physikalische und Rehabilitative Medizin                            |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie                                      |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung           |
|------|--------------------------------|
| ZF40 | Sozialmedizin                  |
| ZF44 | Sportmedizin                   |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie |

### B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,75

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,75              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,75              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 52

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ20 | Praxisanleitung  |
| PQ13 | Hygienefachkraft   |
| PQ01 | Bachelor   |

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege      |
| PQ21 | Casemanagement                        |
| PQ17 | Pflege in der Rehabilitation          |

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| <b>Nr.</b> | <b>Zusatzqualifikation</b> |
|------------|----------------------------|
| ZP20       | Palliative Care            |
| ZP16       | Wundmanagement             |
| ZP14       | Schmerzmanagement          |
| ZP13       | Qualitätsmanagement        |
| ZP06       | Ernährungsmanagement       |
| ZP19       | Sturzmanagement            |
| ZP08       | Kinästhetik                |
| ZP05       | Entlassungsmanagement      |
| ZP02       | Bobath                     |
| ZP07       | Geriatric                  |
| ZP01       | Basale Stimulation         |
| ZP18       | Dekubitusmanagement        |

### **B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-4 Schmerzzentrum

### B-4.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Schmerzzentrum"

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

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |   |
|--------------------------|---|
| Funktion                 | Chefarzt des Zentrums für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerzmedizin & Palliativmedizin |
| Titel, Vorname, Name     | Prof. Dr. Rainer Freynhagen   |
| Telefon                  | 08157/28-0  |
| E-Mail                   | <a href="mailto:rainer.freynhagen@artemed.de">rainer.freynhagen@artemed.de</a>                |
| Straße/Nr                | Thomas-Mann-Straße 6  |
| PLZ/Ort                  | 82340 Feldafing   |
| Homepage                 |   |

### B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

### B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  |
|------|---|
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie   |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes   |
| VN23 | Schmerztherapie   |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien   |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln   |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes                                      |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens                   |

|      |  |
|------|--|
| VC52 | Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie") |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes   |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien  |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens   |

#### B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 607  |
| Teilstationäre Fallzahl | 1796 |

#### B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

#### B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

#### B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Privatambulanz Prof. Dr. Rainer Freynhagen |  |
|--|--|
| Ambulanzart                                | Privatambulanz (AM07)                      |
| Kommentar                                  | Privatambulanz Prof. Dr. Rainer Freynhagen |

#### B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

#### B-4.11 Personelle Ausstattung

##### B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18,6

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 18,6              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3                 |           |
| Nicht Direkt             | 15,6              |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 32,63441

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 12,68

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 12,68             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2                 |           |
| Nicht Direkt             | 10,68             |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 47,87066

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ01 | Anästhesiologie   |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung           |
|------|--------------------------------|
| ZF30 | Palliativmedizin               |
| ZF53 | Immunologie                    |
| ZF02 | Akupunktur                     |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie |
| ZF15 | Intensivmedizin                |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie      |
| ZF44 | Sportmedizin                   |

### B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,17

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 14,17             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2,16              |           |
| Nicht Direkt             | 12,01             |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 42,83698

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

| <b>Nr.</b> | <b>Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss</b> |
|------------|---|
| PQ01       | Bachelor  |
| PQ13       | Hygienefachkraft  |
| PQ20       | Praxisanleitung   |
| PQ05       | Leitung einer Station/eines Bereiches                                   |
| PQ21       | Casemanagement  |
| PQ17       | Pflege in der Rehabilitation  |
| PQ14       | Hygienebeauftragte in der Pflege  |

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| <b>Nr.</b> | <b>Zusatzqualifikation</b> |
|------------|----------------------------|
| ZP01       | Basale Stimulation         |
| ZP08       | Kinästhetik                |
| ZP05       | Entlassungsmanagement      |
| ZP13       | Qualitätsmanagement        |
| ZP19       | Sturzmanagement            |
| ZP02       | Bobath                     |
| ZP07       | Geriatric                  |
| ZP20       | Palliative Care            |
| ZP16       | Wundmanagement             |
| ZP18       | Dekubitusmanagement        |
| ZP14       | Schmerzmanagement          |

#### **B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## C Qualitätssicherung

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

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

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

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Dokumentationsrate (%)       | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  |
|---|----------|------------------------------|--|
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation              | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

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

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

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie   |
| Ergebnis-ID   | 2005  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,77%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,73 - 98,81%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)  |
| Ergebnis-ID   | 2006   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,83%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,79 - 98,87%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)  |
| Ergebnis-ID   | 2007   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 97,54%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 97,25 - 97,81%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme   |
| Ergebnis-ID   | 2009   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 93,21%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 93,08 - 93,34%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Frühmobilisation nach Aufnahme  |
| Ergebnis-ID   | 2013  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 92,64%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 92,49 - 92,79%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung  |
| Ergebnis-ID   | 2028  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,49%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 95,00 \%$   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,41 - 96,58%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung   |
| Ergebnis-ID   | 2036   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,68%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,62 - 98,73%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)   |
| Ergebnis-ID   | 231900   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 15,52%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 15,35 - 15,69%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232000_2005   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,68%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,63 - 98,73%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232001_2006   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,75%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,69 - 98,80%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

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

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

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle)  |
| Ergebnis-ID   | 232003_2009   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 83,04%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 82,89 - 83,19%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232004_2013   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 92,7%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 92,52 - 92,87%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)  |
| Ergebnis-ID   | 232005_2028   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 95,89%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 95,77 - 96,00%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232006_2036   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,64%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,57 - 98,71%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232007_50778  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,02  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,00 - 1,03   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 14,96  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232008_231900  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 17,06%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 16,92 - 17,20%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232009_50722  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,71%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,63 - 96,79%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

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

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

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

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme  |
| Ergebnis-ID   | 50722   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,76%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,69 - 96,82%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Sterblichkeit im Krankenhaus  |
| Ergebnis-ID                           | 50778   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | entfällt  |

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b> |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>50778</b>                        |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt                            |
| Erwartete Ereignisse  |                                     |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar    |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar    |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,02                                |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 1,98 (95. Perzentil)             |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,00 - 1,03                         |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 14,96                        |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)        |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)        |

| Leistungsbereich                      | Pflege: Dekubitusprophylaxe   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)   |
| Ergebnis-ID                           | 52009   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 2240  |
| Beobachtete Ereignisse                | 0   |
| Erwartete Ereignisse                  | 3,11  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>52009</b>   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,05   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,32 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,04 - 1,06  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 1,23  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | <b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>  |
| Ergebnis-ID   | <b>52010</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 2240  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <b>Sentinel Event</b>   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,00 - 0,00%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 0,17%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Pflege: Dekubitusprophylaxe  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3   |
| Ergebnis-ID   | 521801   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 2240   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,06%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,06 - 0,06%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 0,17%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Pflege: Dekubitusprophylaxe  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2   |
| Ergebnis-ID   | 52326  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 2240   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,33%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,33 - 0,33%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 0,17%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

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

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

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

### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

#### **C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

| Nr.   | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis   | Anzahl (Personen) |
|-------|--|-------------------|
| 1     | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 38                |
| 1.1   | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen   | 37                |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben  | 30                |

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich         | Station     | Schicht      | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände |
|----------------------------------|-------------|--------------|--------------------------------|---------------------|
| Neurologische Frührehabilitation | Station 2NO | Nachtschicht | 100,00%                        | 0                   |
| Neurologische Frührehabilitation | Station 2NO | Tagschicht   | 100,00%                        | 0                   |

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich         | Station     | Schicht      | Schichtbezogener Erfüllungsgrad |
|----------------------------------|-------------|--------------|---------------------------------|
| Neurologische Frührehabilitation | Station 2NO | Nachtschicht | 98,33%                          |
| Neurologische Frührehabilitation | Station 2NO | Tagschicht   | 100,00%                         |

- **Anhang**

| <b>Diagnosen zu B-1.6</b> |                 |  |
|---------------------------|-----------------|--|
| <b>ICD-Ziffer</b>         | <b>Fallzahl</b> | <b>Bezeichnung</b>   |
| I63.4                     | 24              | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien  |
| I63.3                     | 15              | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien  |
| I61.0                     | 10              | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal  |
| I63.1                     | 10              | Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien   |
| I63.0                     | 9               | Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien   |
| I63.2                     | 9               | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien                                      |
| G41.2                     | 7               | Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen   |
| S06.5                     | 7               | Traumatische subdurale Blutung   |
| G62.80                    | 5               | Critical-illness-Polyneuropathie   |
| B00.4                     | (Datenschutz)   | Enzephalitis durch Herpesviren   |
| C71.1                     | (Datenschutz)   | Bösartige Neubildung: Frontallappen  |
| C71.2                     | (Datenschutz)   | Bösartige Neubildung: Temporallappen   |
| C79.3                     | (Datenschutz)   | Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute   |
| D32.0                     | (Datenschutz)   | Gutartige Neubildung: Hirnhäute  |
| D42.0                     | (Datenschutz)   | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Hirnhäute   |
| D43.0                     | (Datenschutz)   | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Gehirn, supratentoriell   |
| F04                       | (Datenschutz)   | Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt                             |
| G06.0                     | (Datenschutz)   | Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom   |
| G06.1                     | (Datenschutz)   | Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulom  |
| G23.8                     | (Datenschutz)   | Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien  |
| G37.3                     | (Datenschutz)   | Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems  |
| G37.9                     | (Datenschutz)   | Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet   |
| G40.2                     | (Datenschutz)   | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen |
| G61.0                     | (Datenschutz)   | Guillain-Barré-Syndrom   |
| G93.1                     | (Datenschutz)   | Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert  |
| G95.18                    | (Datenschutz)   | Sonstige vaskuläre Myelopathien  |
| I60.2                     | (Datenschutz)   | Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend   |
| I60.3                     | (Datenschutz)   | Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend  |
| I60.6                     | (Datenschutz)   | Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend  |
| I61.1                     | (Datenschutz)   | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal   |
| I61.4                     | (Datenschutz)   | Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn  |
| I63.5                     | (Datenschutz)   | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien   |
| J69.0                     | (Datenschutz)   | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes   |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| M46.42     | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich  |
| M46.44     | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich  |
| M46.46     | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich    |
| M46.56     | (Datenschutz) | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Lumbalbereich |
| S06.22     | (Datenschutz) | Diffuse Kleinhirnkontusionen                       |
| S06.23     | (Datenschutz) | Multiple intrazerebrale und zerebellare Hämatome   |
| S06.6      | (Datenschutz) | Traumatische subarachnoidale Blutung               |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 1-207.0    | 120      | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)   |
| 1-613      | 98       | Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop  |
| 3-200      | 75       | Native Computertomographie des Schädels   |
| 8-552.9    | 32       | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage                                  |
| 8-552.7    | 26       | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage                 |
| 8-563.0    | 26       | Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage   |
| 8-930      | 25       | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 9-200.e    | 22       | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte   |
| 9-984.7    | 22       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2  |
| 8-563.1    | 16       | Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage                        |
| 9-984.b    | 16       | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad  |
| 9-984.8    | 15       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  |
| 8-552.5    | 13       | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage                 |
| 8-552.6    | 13       | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage                 |
| 9-200.6    | 11       | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte   |
| 9-200.1    | 10       | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte  |
| 9-200.8    | 9        | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte   |
| 9-200.5    | 8        | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte   |
| 9-200.a    | 8        | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte   |
| 8-552.8    | 6        | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage                 |
| 9-200.9    | 6        | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte   |
| 9-984.6    | 6        | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1  |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 9-200.00   | 5             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71<br>Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte   |
| 9-200.02   | 5             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71<br>Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte   |
| 9-200.b    | 5             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303<br>Aufwandspunkte   |
| 3-202      | 4             | Native Computertomographie des Thorax  |
| 9-200.01   | 4             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71<br>Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte   |
| 9-200.7    | 4             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187<br>Aufwandspunkte   |
| 1-206      | (Datenschutz) | Neurographie   |
| 3-201      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Halses  |
| 3-203      | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark  |
| 3-206      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens   |
| 3-220      | (Datenschutz) | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel  |
| 3-222      | (Datenschutz) | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel  |
| 3-225      | (Datenschutz) | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel  |
| 3-800      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels  |
| 3-820      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel  |
| 6-003.8    | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 3: Botulinumtoxin  |
| 8-017.0    | (Datenschutz) | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens<br>7 bis höchstens 13 Behandlungstage  |
| 8-017.2    | (Datenschutz) | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens<br>21 Behandlungstage  |
| 8-563.2    | (Datenschutz) | Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14<br>Behandlungstage  |
| 8-800.0    | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und<br>Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, 1-5 TE   |
| 8-800.c0   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und<br>Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6<br>TE   |
| 8-931.0    | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des<br>zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche<br>reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen<br>Sauerstoffsättigung |
| 9-200.c    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332<br>Aufwandspunkte   |
| 9-984.9    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4   |
| 9-984.a    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5   |

## Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| E86        | 24       | Volumenmangel  |
| I50.14     | 12       | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe         |
| M79.19     | 5        | Myalgie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation          |
| N39.0      | 5        | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |

## Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| A09.0      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs                               |
| E11.21     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet   |
| E87.1      | (Datenschutz) | Hypoosmolalität und Hyponatriämie  |
| F05.0      | (Datenschutz) | Delir ohne Demenz  |
| I50.00     | (Datenschutz) | Primäre Rechtsherzinsuffizienz   |
| I50.01     | (Datenschutz) | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz   |
| I50.12     | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung   |
| I50.13     | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung  |
| I50.19     | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet  |
| I50.9      | (Datenschutz) | Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet   |
| I51.9      | (Datenschutz) | Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet  |
| I70.24     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration   |
| J10.0      | (Datenschutz) | Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen  |
| J18.0      | (Datenschutz) | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J18.9      | (Datenschutz) | Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| J44.09     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet       |
| J44.19     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J69.0      | (Datenschutz) | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes   |
| M46.46     | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich  |
| M79.10     | (Datenschutz) | Myalgie: Mehrere Lokalisationen  |
| N17.93     | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3   |
| S06.0      | (Datenschutz) | Gehirnerschütterung  |
| S86.0      | (Datenschutz) | Verletzung der Achillessehne   |
| T84.5      | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese  |

## Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-561.1    | 183           | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie              |
| 8-550.1    | 59            | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten |
| 9-984.7    | 15            | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2  |
| 3-200      | 12            | Native Computertomographie des Schädels   |
| 9-984.8    | 10            | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  |
| 9-984.b    | 9             | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad                              |
| 1-207.0    | 6             | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)   |
| 1-613      | 6             | Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop  |
| 9-984.6    | 6             | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1  |
| 1-206      | (Datenschutz) | Neurographie  |
| 3-202      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Thorax   |
| 3-203      | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark   |

### Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 3-206      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens   |
| 3-222      | (Datenschutz) | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel  |
| 3-225      | (Datenschutz) | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel  |
| 8-158.h    | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk   |
| 8-190.22   | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage     |
| 8-550.2    | (Datenschutz) | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten                |
| 8-800.0    | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, 1-5 TE                            |
| 8-800.c0   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-915      | (Datenschutz) | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie                                 |
| 9-984.9    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4   |

### Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| S83.53     | 163           | Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes  |
| M22.0      | 10            | Habituelle Luxation der Patella   |
| M20.1      | 4             | Hallux valgus (erworben)  |
| S83.0      | 4             | Luxation der Patella  |
| S83.50     | 4             | Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Kreuzband   |
| M19.07     | (Datenschutz) | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M20.4      | (Datenschutz) | Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)   |
| M23.32     | (Datenschutz) | Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus   |
| M23.50     | (Datenschutz) | Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Mehrere Lokalisationen  |
| M23.81     | (Datenschutz) | Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband  |
| S82.18     | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige  |
| T84.4      | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate                |

### Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| 5-813.4    | 154      | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne |
| 5-812.7    | 43       | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation   |
| 5-804.8    | 14       | Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Rekonstruktion des medialen patellofemorales Ligamentes [MPFL]         |

### Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 5-815.21   | 12            | Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines vorderen Kreuzbandtransplantates: Mit sonstiger autogener Sehne |
| 5-800.6q   | 4             | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Metatarsophalangealgelenk   |
| 5-784.6h   | (Datenschutz) | Knochen transplantation und -transposition: Knorpel-Knochen-Transplantation, allogen: Femur distal  |
| 5-784.6k   | (Datenschutz) | Knochen transplantation und -transposition: Knorpel-Knochen-Transplantation, allogen: Tibia proximal  |
| 5-784.ek   | (Datenschutz) | Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Tibia proximal  |
| 5-788.53   | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 2 Ossa metatarsalia  |
| 5-803.7    | (Datenschutz) | Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Lateraler Bandapparat   |
| 5-808.b0   | (Datenschutz) | Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk   |
| 5-813.2    | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöchernen Refixation eines Kreuzbandes   |
| 5-813.3    | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit autogener Patellarsehne                              |
| 5-854.78   | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Oberschenkel und Knie   |

### Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| M54.4      | 92       | Lumboischialgie  |
| M54.5      | 62       | Kreuzschmerz   |
| F45.41     | 43       | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |
| M79.70     | 40       | Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen                               |
| M53.1      | 19       | Zervikobrachial-Syndrom  |
| M96.1      | 18       | Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert          |
| M53.0      | 13       | Zervikozephalisches Syndrom  |
| G44.2      | 11       | Spannungskopfschmerz   |
| M54.10     | 11       | Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule             |
| B02.2      | 10       | Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems        |
| M54.16     | 10       | Radikulopathie: Lumbalbereich                                      |
| M54.2      | 9        | Zervikalneuralgie  |
| M54.6      | 9        | Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule                          |
| G43.0      | 7        | Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]                            |
| G44.3      | 7        | Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz                          |
| G50.1      | 7        | Atypischer Gesichtsschmerz   |
| M25.56     | 7        | Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]           |
| M48.06     | 7        | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich                                |
| G58.8      | 6        | Sonstige näher bezeichnete Mononeuropathien                        |

## Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| M25.51     | 6             | Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]                            |
| R52.1      | 6             | Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz  |
| B02.8      | 5             | Zoster mit sonstigen Komplikationen  |
| G44.8      | 5             | Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome   |
| G62.9      | 5             | Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet  |
| M79.67     | 5             | Schmerzen in den Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]               |
| F45.40     | 4             | Anhaltende somatoforme Schmerzstörung  |
| G44.0      | 4             | Cluster-Kopfschmerz  |
| G50.0      | 4             | Trigeminusneuralgie  |
| M25.57     | 4             | Gelenkschmerz: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]                               |
| M47.27     | 4             | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbosakralbereich   |
| M51.1      | 4             | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie  |
| M53.3      | 4             | Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert  |
| M79.65     | 4             | Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]             |
| R51        | 4             | Kopfschmerz  |
| T85.1      | 4             | Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems                                       |
| E11.40     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet  |
| E11.41     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet  |
| F11.2      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom  |
| F19.2      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom |
| F44.4      | (Datenschutz) | Dissoziative Bewegungsstörungen  |
| G24.3      | (Datenschutz) | Torticollis spasticus  |
| G35.10     | (Datenschutz) | Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression                    |
| G35.9      | (Datenschutz) | Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet  |
| G43.1      | (Datenschutz) | Migräne mit Aura [Klassische Migräne]  |
| G43.3      | (Datenschutz) | Komplizierte Migräne   |
| G43.8      | (Datenschutz) | Sonstige Migräne   |
| G45.12     | (Datenschutz) | Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden                                   |
| G54.0      | (Datenschutz) | Läsionen des Plexus brachialis   |
| G54.1      | (Datenschutz) | Läsionen des Plexus lumbosacralis  |
| G54.5      | (Datenschutz) | Neuralgische Amyotrophie   |
| G54.6      | (Datenschutz) | Phantomschmerz   |
| G54.9      | (Datenschutz) | Krankheit von Nervenwurzeln und Nervenplexus, nicht näher bezeichnet   |
| G56.0      | (Datenschutz) | Karpaltunnel-Syndrom   |
| G56.9      | (Datenschutz) | Mononeuropathie der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet  |

## Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| G57.0      | (Datenschutz) | Läsion des N. ischiadicus   |
| G57.1      | (Datenschutz) | Meralgia paraesthetica  |
| G57.2      | (Datenschutz) | Läsion des N. femoralis   |
| G57.9      | (Datenschutz) | Mononeuropathie der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet  |
| G58.0      | (Datenschutz) | Interkostalneuropathie  |
| G60.9      | (Datenschutz) | Hereditäre und idiopathische Neuropathie, nicht näher bezeichnet  |
| G62.0      | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie  |
| G62.2      | (Datenschutz) | Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien  |
| G62.80     | (Datenschutz) | Critical-illness-Polyneuropathie  |
| G62.88     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien   |
| G90.51     | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I   |
| G90.59     | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I, Lokalisation nicht näher bezeichnet   |
| G90.60     | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ II   |
| G90.61     | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ II  |
| I70.21     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr  |
| K10.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Kiefer   |
| L90.5      | (Datenschutz) | Narben und Fibrosen der Haut  |
| M02.90     | (Datenschutz) | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen  |
| M06.99     | (Datenschutz) | Chronische Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  |
| M15.0      | (Datenschutz) | Primäre generalisierte (Osteo-) Arthrose  |
| M15.8      | (Datenschutz) | Sonstige Polyarthrose   |
| M15.9      | (Datenschutz) | Polyarthrose, nicht näher bezeichnet  |
| M17.0      | (Datenschutz) | Primäre Gonarthrose, beidseitig   |
| M19.05     | (Datenschutz) | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]   |
| M19.13     | (Datenschutz) | Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]  |
| M19.85     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]  |
| M24.85     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M25.50     | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen   |
| M25.52     | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]  |
| M25.55     | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]  |
| M25.59     | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Nicht näher bezeichnete Lokalisation   |
| M35.3      | (Datenschutz) | Polymyalgia rheumatica  |
| M47.13     | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikothorakalbereich   |

## Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| M47.20     | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule  |
| M47.23     | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikothorakalbereich  |
| M47.24     | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Thorakalbereich   |
| M47.26     | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich   |
| M47.99     | (Datenschutz) | Spondylose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  |
| M50.2      | (Datenschutz) | Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung  |
| M51.2      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung  |
| M53.84     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens: Thorakalbereich                                   |
| M54.03     | (Datenschutz) | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Zervikothorakalbereich  |
| M54.14     | (Datenschutz) | Radikulopathie: Thorakalbereich   |
| M54.15     | (Datenschutz) | Radikulopathie: Thorakolumbalbereich  |
| M54.17     | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbosakralbereich  |
| M54.87     | (Datenschutz) | Sonstige Rückenschmerzen: Lumbosakralbereich  |
| M54.90     | (Datenschutz) | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule   |
| M54.96     | (Datenschutz) | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich  |
| M54.97     | (Datenschutz) | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich   |
| M70.6      | (Datenschutz) | Bursitis trochanterica  |
| M79.10     | (Datenschutz) | Myalgie: Mehrere Lokalisationen   |
| M79.19     | (Datenschutz) | Myalgie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation   |
| M79.29     | (Datenschutz) | Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation                                      |
| M79.61     | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M79.63     | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]  |
| M79.66     | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  |
| M80.08     | (Datenschutz) | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]        |
| M87.85     | (Datenschutz) | Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]        |
| N14.0      | (Datenschutz) | Analgetika-Nephropathie   |
| N30.1      | (Datenschutz) | Interstitielle Zystitis (chronisch)   |
| R07.3      | (Datenschutz) | Sonstige Brustschmerzen   |
| R10.1      | (Datenschutz) | Schmerzen im Bereich des Oberbauches  |
| R10.3      | (Datenschutz) | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches   |
| R10.4      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen   |
| R20.8      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut  |
| S24.12     | (Datenschutz) | Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes   |
| S72.01     | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär  |
| T84.04     | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk  |

## Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 8-91c.21   | 1322     | Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten   |
| 1-910      | 908      | Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik  |
| 8-91c.23   | 864      | Teilstat. interdisziplin. multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, davon 1 ärztl. oder psychologisch psychotherapeutisches Verf. von mind. 60 Min. und zusätzlich 1 ärztl. oder psychotherap. Einzelgespräch von mind. 30 |
| 8-915      | 834      | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie  |
| 8-930      | 728      | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes   |
| 8-918.10   | 404      | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Bis zu 41 Therapieeinheiten  |
| 8-91c.20   | 298      | Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr übende oder sonstige Verfahren   |
| 8-91c.22   | 173      | Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Intensivbehandlung: Vier oder mehr Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten   |
| 8-631.10   | 143      | Neurostimulation: Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation: Ohne pharmakologische Anpassung  |
| 8-011.1    | 131      | Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen: Wiederbefüllung einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate  |
| 9-984.7    | 102      | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2  |
| 9-984.6    | 49       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1  |
| 8-914.12   | 48       | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule   |
| 8-918.01   | 48       | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren   |
| 8-918.11   | 35       | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren                                      |
| 8-910      | 33       | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie  |
| 9-984.8    | 33       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  |
| 8-917.13   | 26       | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule  |
| 8-918.00   | 24       | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Bis zu 20 Therapieeinheiten   |

## Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-916.00   | 19            | Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang   |
| 9-984.b    | 19            | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad   |
| 5-83a.02   | 18            | Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente  |
| 8-91b      | 17            | Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung   |
| 8-011.2    | 11            | Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen: Wiederbefüllung und Programmierung einer implantierten, programmierbaren Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil           |
| 8-918.02   | 11            | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren   |
| 6-003.8    | 10            | Applikation von Medikamenten, Liste 3: Botulinumtoxin  |
| 8-020.x    | 9             | Therapeutische Injektion: Sonstige   |
| 1-206      | 7             | Neurographie   |
| 8-020.5    | 6             | Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel  |
| 9-984.a    | 6             | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5   |
| 3-203      | 5             | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark  |
| 8-631.0    | 5             | Neurostimulation: Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Hirnstimulation  |
| 5-039.34   | 4             | Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan  |
| 5-039.35   | 4             | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan |
| 1-204.1    | (Datenschutz) | Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes   |
| 1-205      | (Datenschutz) | Elektromyographie [EMG]  |
| 1-207.0    | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)  |
| 1-208.2    | (Datenschutz) | Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]   |
| 1-911      | (Datenschutz) | Erweiterte apparativ-überwachte interventionelle Schmerzdiagnostik mit standardisierter Erfolgskontrolle   |
| 3-130      | (Datenschutz) | Myelographie   |
| 3-200      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Schädels  |
| 3-205      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems  |
| 3-207      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Abdomens  |
| 3-225      | (Datenschutz) | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel  |
| 3-800      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels  |
| 3-802      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark  |
| 3-820      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel  |

## Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 3-821      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel   |
| 3-825      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel   |
| 5-032.00   | (Datenschutz) | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment   |
| 5-039.a3   | (Datenschutz) | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Mehrere epidurale Stabelektroden  |
| 5-039.b    | (Datenschutz) | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation   |
| 5-039.c2   | (Datenschutz) | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Eine epidurale Plattenelektrode   |
| 5-039.f1   | (Datenschutz) | Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar  |
| 5-039.f2   | (Datenschutz) | Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator  |
| 5-039.n1   | (Datenschutz) | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar |
| 5-039.n2   | (Datenschutz) | Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator  |
| 5-83a.00   | (Datenschutz) | Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 1 Segment  |
| 5-934.3    | (Datenschutz) | Verwendung von MRT-fähigem Material: Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig  |
| 5-934.4    | (Datenschutz) | Verwendung von MRT-fähigem Material: Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig   |
| 8-631.20   | (Datenschutz) | Neurostimulation: Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur peripheren Nervenstimulation: Ohne pharmakologische Anpassung   |
| 8-914.00   | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Halswirbelsäule   |
| 8-914.10   | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Halswirbelsäule   |
| 8-914.11   | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Brustwirbelsäule  |
| 8-916.10   | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang  |

**Prozeduren zu B-4.7**

| <b>OPS-Ziffer</b> | <b>Fallzahl</b> | <b>Bezeichnung</b>  |
|-------------------|-----------------|---|
| 8-917.11          | (Datenschutz)   | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Halswirbelsäule  |
| 8-917.12          | (Datenschutz)   | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Brustwirbelsäule   |
| 8-918.12          | (Datenschutz)   | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren |
| 8-918.20          | (Datenschutz)   | Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 21 Behandlungstage: Bis zu 83 Therapieeinheiten   |
| 8-91c.10          | (Datenschutz)   | Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei üben- oder sonstige Verfahren   |
| 9-984.9           | (Datenschutz)   | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4  |

## Disclaimer

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

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

## PKV-Standorte

### Köln

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

### Büro Berlin

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

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt mit der Software „Qualitätsbericht“ der Saatmann GmbH ([www.saatmann.de](http://www.saatmann.de)).