

Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, Heilig Geist

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: 09.12.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Vorwort

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

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

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

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

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

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung..... | 5 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers..... | 8 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 8 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 8 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 10 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 11 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 12 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... | 12 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 12 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses..... | 12 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung..... | 30 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 44 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 44 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 45 |
| B-1 | Klinik für Innere Medizin | 45 |
| B-2 | Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie..... | 55 |
| B-3 | Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie..... | 61 |
| B-4 | Klinik für Wundmedizin..... | 68 |
| B-5 | Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie | 76 |
| B-6 | Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfallmedizin und Schmerztherapie | 83 |
| B-7 | Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde..... | 90 |
| C | Qualitätssicherung..... | 93 |

| | | |
|-----|--|------------|
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 93 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 220 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 221 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 221 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 221 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 221 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 222 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 222 |
| - | Anhang | 223 |
| | Diagnosen zu B-1.6 | 223 |
| | Prozeduren zu B-1.7 | 233 |
| | Diagnosen zu B-2.6 | 242 |
| | Prozeduren zu B-2.7 | 250 |
| | Diagnosen zu B-3.6 | 274 |
| | Prozeduren zu B-3.7 | 275 |
| | Diagnosen zu B-4.6 | 278 |
| | Prozeduren zu B-4.7 | 281 |
| | Diagnosen zu B-5.6 | 299 |
| | Prozeduren zu B-5.7 | 299 |
| | Diagnosen zu B-6.6 | 299 |
| | Prozeduren zu B-6.7 | 299 |
| | Diagnosen zu B-7.6 | 299 |
| | Prozeduren zu B-7.7 | 299 |

- Einleitung

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Christin Hoersch |
| Telefon | 0261/499-2028 |
| Fax | 0261/499-1020 |
| E-Mail | christin.hoersch@gk.de |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts | |
|--|--|
| Funktion | Kaufmännische Direktorin, Heilig Geist |
| Titel, Vorname, Name | Alexandra Kiauk |
| Telefon | 06742/101-4900 |
| Fax | 06742/101-6609 |
| E-Mail | alexandra.kiauk@gk.de |

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.gk.de/>

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH |
| Hausanschrift | Koblenzer Straße 115 - 56073 Koblenz |
| Zentrales Telefon | 0261/4990 |
| Zentrale E-Mail | info@gk.de |
| Institutionskennzeichen | 260700109 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL | https://www.gk.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztliche Leitung |
| Titel, Vorname, Name | N. N. |
| Telefon | 0261/499-1001 |
| Fax | 0261/499-1010 |
| E-Mail | geschaeftsfuehrung@gk.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektion |
| Titel, Vorname, Name | N. N. |
| Telefon | 0261/499-1001 |
| Fax | 0261/499-1010 |
| E-Mail | geschaeftsfuehrung@gk.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführung |
| Titel, Vorname, Name | Melanie John |
| Telefon | 0261/499-1001 |
| Fax | 0261/499-1010 |
| E-Mail | geschaeftsfuehrung@gk.de |

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

| Standort | |
|---|---|
| Standortname: | Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, Heilig Geist |
| Hausanschrift: | Bahnhofstraße 7 56154 Boppard |
| Institutionskennzeichen: | 260700109 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 773521000 |
| Standortnummer (alt) | 04 |
| URL: | https://www.gk.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Andreas Mulfinger |
| Telefon | 06742/101-6561 |
| Fax | 06742/101-6624 |
| E-Mail | andreas.mulfinger@gk.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Alexandra Dullisch |
| Telefon | 06742/101-4827 |
| Fax | 06742/101-6609 |
| E-Mail | alexandra.dullisch@gk.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Kaufmännische Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Alexandra Kiauk |
| Telefon | 06742/101-4900 |
| Fax | 06742/101-6609 |
| E-Mail | alexandra.kiauk@gk.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|---|
| Name | Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH |
| Art | Freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Im Rahmen des Gesamtangebots des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Casemanagement-Sozialarbeit |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker | z. B. Strukturierte Diabetesschulung |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | bei Bedarf über externen Kooperationspartner |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | bei Bedarf über externen Kooperationspartner |
| MP27 | Musiktherapie | z. B. im Rahmen der Psychosomatik |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | Elektrotherapie, Wärmetherapie |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | |

| | | |
|------|---|---|
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | z. B. im Rahmen der Psychosomatik |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | bei Bedarf über externen Kooperationspartner |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | In Zusammenarbeit mit externen Leistungsanbietern |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Im Rahmen des Gesamtangebots des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link |
|------|--|------|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | |
| NM40 | Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | |
| NM42 | Seelsorge | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | |
| NM68 | Abschiedsraum | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|---|
| Funktion | Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung |
| Titel, Vorname, Name | N. N. |
| Telefon | 0261/499-1001 |
| Fax | 0261/499-1010 |
| E-Mail | info@gk.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|--------------------------|
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | Nur im Erdgeschoss |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF24 | Diätische Angebote | |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | interne Dolmetscherliste |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | Kapelle |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|---|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | Praxisphase der Pflegeschulen der Standorte Mayen und Koblenz kann an diesem Standort absolviert werden. Seit 2020 wird der praktische Einsatz der generalistischen Pflegeausbildung ebenfalls anteilig am Klinikstandort Boppard absolviert. |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | Praxisphase der Gesundheits- und Krankenpflegehilfeschule des Standortes Koblenz kann an diesem Standort absolviert werden. |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|-----|
| Betten | 141 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 3371 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 6750 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 28,65

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 28,65 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 28,65 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 22,97

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 22,97 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 22,97 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,1

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,1

Personal aufgeteilt nach:

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

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

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

Anzahl: 1

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: 61,13

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 61,13 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 61,13 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 10,17

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 10,17 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,17 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 2,88 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegefachfrau, Pflegefachmann in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,16

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 7,16 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,16 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1,75 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,83

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,83 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,83 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,02

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,02

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,15

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,15 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,15 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,74

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1,74 | Keine Angabe möglich |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,74 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 4,71

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,71 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,71 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Wird über Rehafit abgedeckt, siehe A-11.4

Personal aufgeteilt nach:

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

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,42 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,42 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 3,31 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)

Anzahl Vollkräfte: 0,57

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,57 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 3,99

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 3,99 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,99 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,31 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 0,49

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,49 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoqe

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 | |

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 1,4

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1,4 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,4 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 3,83

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 3,83 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,83 | |
| 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 | Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement |
| Titel, Vorname, Name | Christiane Haardt |
| Telefon | 0261/499-1005 |
| Fax | 0261/499-1020 |
| E-Mail | christiane.haardt@gk.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | |

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 | Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement |
| Titel, Vorname, Name | Christiane Haardt |
| Telefon | 0261/499-1005 |
| Fax | 0261/499-1020 |
| E-Mail | christiane.haardt@gk.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|--|------|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Nein |

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: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |

| | | |
|------|---|--|
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Qualitätszirkel - u. a. Radiologiebesprechungen, interdisziplinäre Visiten |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |

| | | |
|------|--|--|
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: ist im Rahmen der QM-Dokumentation geregelt und unterliegt der kontinuierlichen Aktualisierung Datum: 31.12.2020 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|---|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Meldungen werden im Auswerterteam analysiert und die ggf. abgeleiteten Maßnahmen umgesetzt. |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 21.09.2021 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | jährlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|-----------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) |
|---|-------------------|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 3 |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 12 |

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

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|--|
| Funktion | Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Andreas Mulfinger |
| Telefon | 06742/101-6561 |
| Fax | 06742/101-6624 |
| E-Mail | andreas.mulfinger@gk.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|--|------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben | nein |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben | nein |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | nein |

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

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

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|-------------------------------------|
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | |
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | CDAD-KISS MRSA-KISS |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: MRE-Netzwerk Rheinhessen-Nahe |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Für direkte Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen ist seit Juli 2008 ein Lob- und Beschwerdemanagement eingerichtet. Hier werden die Rückmeldungen systematisch recherchiert, wenn möglich Verbesserungen eingeleitet. Zudem wird der Beschwerdeführer über den Verlauf der Beschwerde informiert. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | Für schriftliche Beschwerden wird für die Patienten und Angehörige ein Formular "Lob und Kritik" sowie Briefkästen im Eingangsbereich und auf allen Stationen vorgehalten. Link zum Kontaktformular: https://www.gk.de/krankenhaeuser/kemperhof-koblenz/patienten-und-besucher/service/lob-und-beschwerdemanagement/ |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | Sofern der Beschwerdeführer über den weiteren Beschwerdeverlauf informiert werden möchte und den vollständigen Namen und Adresse hinterlässt, erfolgt dies schnellstmöglich schriftlich gemeinsam durch die zuständige Mitarbeiterin des Lob- und Beschwerdemanagements und die Geschäftsführung. |

| Regelmäßige Einweiserbefragungen | |
|----------------------------------|--|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Einweiserbefragungen werden regelmäßig durchgeführt. |

Regelmäßige Patientenbefragungen

| | |
|--------------|--|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Patientenbefragungen werden regelmäßig durchgeführt. |

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

| | |
|-----------|--|
| Möglich | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Alle Angaben zur Person des Beschwerdeführers auf dem Formular "Lob und Kritik" sind freiwillig. |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Lob- und Beschwerdemanagement |
| Titel, Vorname, Name | Claudia Schooss-Pick |
| Telefon | 0261/499-1009 |
| Fax | 0261/499-1020 |
| E-Mail | claudia.schooss-pick@gk.de |

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

| | |
|------------------|--|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | Die Verantwortlichkeiten und Aufgaben der zuständigen Mitarbeiterin des Lob- und Beschwerdemanagements sind im Rahmen einer Stellenbeschreibung definiert. |

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Patientenfürsprecher |
| Titel, Vorname, Name | Joachim Clemens |
| Telefon | 06742/5676- |
| E-Mail | info@gk.de |

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

| | |
|-----------|---|
| Kommentar | Die Patienten und Angehörigen haben die Möglichkeit, sich bei Bedarf vertraulich an den Patientenfürsprecher zu wenden. Der Patientenfürsprecher steht in einem kontinuierlichen Dialog mit der Abteilung "Qualitätsmanagement" und der Geschäftsführung. https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/patienten-und-besucher/service/patientenfuersprecher/ |
|-----------|---|

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: **Nein**

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

| Erläuterungen |
|--|
| Die Versorgung des Standorts erfolgt über die Zentralapotheke, der Ausweis der Mitarbeiter erfolgt im Standort Kemperhof |

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 |
|------|--|---|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Name: Umgang mit BtM Letzte Aktualisierung: 02.08.2017 |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | |

| | | |
|------|--|---|
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Sonstiges |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|---------------------------------|---|---------------|--|
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja | Hämofiltration auf Intensivstation 24h verfügbar, Dialyse in Kooperation mit der Dialysepraxis im Haus |

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 | Basisnotfallversorgung (Stufe 1) |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Nein |

| Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt |
|--|
| Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe |

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Innere Medizin"

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

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Leitender Arzt, Standort Heilig Geist Boppard |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Andreas Mulfinger |
| Telefon | 06742/101-6561 |
| Fax | 06742/101-6624 |
| E-Mail | andreas.mulfinger@gk.de |
| Straße/Nr | Bahnhofstraße 7 |
| PLZ/Ort | 56154 Boppard |
| Homepage | https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/klinikuebersicht/innere-medizin/ |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | |

| | | |
|------|--|--|
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | keine Chemotherapie |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | keine Chemotherapie |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI20 | Intensivmedizin | konsiliarisch auf der interdisziplinären Intensivstation |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI35 | Endoskopie | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | |
| VR02 | Native Sonographie | Kontrastmittel-Sonographie |

| | | |
|------|------------------------------------|------------------------------------|
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | Echokardiographie, TEE, Stressecho |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1396 |
| 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

| Ambulanzart | |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |

| Allgemeininternistische und kardiologische Sprechstunde | |
|---|---|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | Es werden alle nichtinvasiven kardiologische und alle endoskopischen Untersuchungen sowie Polygraphie angeboten |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 1-650.2 | 49 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie |
| 1-650.1 | 28 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 1-444.7 | 13 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien |
| 1-444.6 | 8 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie |

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 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 7,75 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 180,12903

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 4,75 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 293,89474

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF07 | Diabetologie |
| ZF08 | Flugmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF39 | Schlafmedizin |

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: 10,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,66 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 130,95685

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,88 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 742,55319

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,76

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,76 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,76 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1836,84211

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,5

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,5 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,5 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 558,4

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|--------------------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP02 | Bobath |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| ZP08 | Kinästhetik |

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Thomas Lehmann |
| Telefon | 06742/1010-6531 |
| E-Mail | thomas.lehmann@gk.de |
| Straße/Nr | Bahnhofstraße 7 |
| PLZ/Ort | 56154 Boppard |
| Homepage | https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/klinikuebersicht/allgemein-und-viszeralchirurgie/ |

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|---|
| VC14 | Speiseröhrenchirurgie |
| VC15 | Thorakoskopische Eingriffe |
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| VC24 | Tumorchirurgie |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen |

| | |
|------|-----------------------------|
| VC60 | Adipositaschirurgie |
| VC66 | Arthroskopische Operationen |
| VC71 | Notfallmedizin |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 781 |
| 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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 5-056.40 | 25 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch |
| 5-812.5 | 18 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell |
| 5-841.14 | 17 | Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger |
| 5-812.eh | 15 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk |
| 5-849.0 | 12 | Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions |
| 5-841.15 | 7 | Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen |
| 5-787.36 | 4 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal |
| 5-811.0h | 4 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk |

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 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 2 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 390,5

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 2 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 390,5

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|-----------------------------|
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF34 | Proktologie |
| ZF44 | Sportmedizin |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie |

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: 3,74

Kommentar: Das Personal wird zur Hälfte in der Klinik für Allgemeinchirurgie und zur Hälfte in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie eingesetzt (gemeinsame Station)

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 3,74 | |
| Ambulant | 0 | keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,74 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 208,82353

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,38

Kommentar: Das Personal wird zur Hälfte in der Klinik für Allgemein Chirurgie und zur Hälfte in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie eingesetzt (gemeinsame Station)

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,38 | |
| Ambulant | 0 | keine Angabe möglich |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2055,26316

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP02 | Bobath |
| ZP08 | Kinästhetik |

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-3 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 3100 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt der Klinik für Psychosomatik |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Hermann Schubert |
| Telefon | 06742/101-6685 |
| Fax | 06742/101-4613 |
| E-Mail | hermann.schubert@gk.de |
| Straße/Nr | Bahnhofstraße 7 |
| PLZ/Ort | 56154 Boppard |
| Homepage | https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/klinikuebersicht/psychosomatik/ |

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 |
|------|---|
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VP12 | Spezialsprechstunde |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung |
| VP14 | Psychoonkologie |

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 360 |
| 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

| | |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10) |
|-------------|---|

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 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,44

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 4,44 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,44 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 81,08108

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,8

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 2,8 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,8 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 128,57143

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie |
| AQ53 | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---------------------------------|
| ZF35 | Psychoanalyse |
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – |

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 7,45 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 48,32215

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,61

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,61 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,61 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 590,16393

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 4,71

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 4,71 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,71 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 76,43312

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,31 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1161,29032

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,88 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 409,09091

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 1,24

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 290,32258

B-4 Klinik für Wundmedizin

B-4.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Wundmedizin"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 1800 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt der Klinik Gefäßmedizin, Wundbehandlung |
| Titel, Vorname, Name | PD Dr. med. Gunnar Riepe |
| Telefon | 06742/101-4958 |
| Fax | 06742/101-6757 |
| E-Mail | gunnar.riepe@gk.de |
| Straße/Nr | Bahnhofstraße 7 |
| PLZ/Ort | 56154 Boppard |
| Homepage | https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/klinikuebersicht/gefaessmedizin-wundbehandlung/ |

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 | Kommentar |
|------|--|--|
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen | ausgenommen endovaskuläre Versorgung der Aorta |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |
| VC61 | Dialyseshuntchirurgie | |
| VC62 | Portimplantation | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |

| | | |
|------|--|--|
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |
| VI27 | Spezialsprechstunde | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR15 | Arteriographie | |

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 824 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
|-------------|---|

| | |
|-------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
|-------------|-----------------------|

| Diabetes-Fußambulanz, Gefäßambulanz | |
|-------------------------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |

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 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 5,1 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 161,56863

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 5,1 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 161,56863

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |
| AQ07 | Gefäßchirurgie |
| AQ13 | Viszeralchirurgie |
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ24 | Innere Medizin und Angiologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF07 | Diabetologie |
| ZF31 | Phlebologie |

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: 11,87

Kommentar: ZfGW

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 11,87 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 11,87 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 69,4187

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 824

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3296

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,28

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 3,28 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,28 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 251,21951

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

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: 2496,9697

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,41

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 1,41 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,41 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 584,39716

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|--|
| ZP02 | Bobath |
| ZP03 | Diabetesberatung (DDG) |
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP16 | Wundmanagement |
| ZP18 | Dekubitusmanagement |
| ZP32 | Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG® |

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-5 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 1600 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt der Klinik für Chirurgie, Schwerpunkt Orthopädie und Unfallchirurgie, Standort Heilig Geist Boppard |
| Titel, Vorname, Name | Wolfgang Petersen |
| Telefon | 06742/101-6531 |
| Fax | 06742/101-6571 |
| E-Mail | wolfgang.petersen@gk.de |
| Straße/Nr | Bahnhofstraße 7 |
| PLZ/Ort | 56154 Boppard |
| Homepage | https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/klinikuebersicht/orthopaedie-und-unfallchirurgie/ |

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|---------------------|
| VC00 | interventionelle Schmerztherapie der Wirbelsäule, auch ambulant | |
| VC05 | Schrittmachereingriffe | |
| VC24 | Tumorchirurgie | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | Knie, Schulter, OSG |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |

| | | |
|------|---|---|
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | stationär-konservativ, keine operativen Therapieangebote |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | interventionelle Schmerztherapie; Kyphoplastien, Vertebroplastien |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | Knie, Schulter, OSG |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VC69 | Verbrennungschirurgie | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VD07 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen | |
| VK09 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen | |
| VK32 | Kindertraumatologie | |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |

| | | |
|------|---|--|
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VO21 | Traumatologie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VR02 | Native Sonographie | |

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Kommentar | Fallzahlen inkl. OPS und ICD werden über die Klinik für Allgemein- und Viszeralmedizin abgebildet |

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| Ambulanzart | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09) |
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |
| Kommentar | Ambulante Infiltrationstherapie der Wirbelsäule (unter Durchleuchtung) |

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 3,63 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 2,63 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF02 | Akupunktur |
| ZF09 | Geriatric |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF44 | Sportmedizin |

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,74

Kommentar: das Personal wird zur Hälfte in der Klinik für Allgemeinchirurgie und zur Hälfte in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie eingesetzt (gemeinsame Station)

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 3,74 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,74 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,38

Kommentar: das Personal wird zur Hälfte in der Klinik für Allgemeinchirurgie und zur Hälfte in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie eingesetzt (gemeinsame Station)

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 0,38 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP02 | Bobath |
| ZP08 | Kinästhetik |

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-6 Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfallmedizin und Schmerztherapie

B-6.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfallmedizin und Schmerztherapie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 3600 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Schmerztherapie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Frank Knitz |
| Telefon | 06742/101-4942 |
| E-Mail | frank.knitz@gk.de |
| Straße/Nr | Bahnhofstraße 7 |
| PLZ/Ort | 56154 Boppard |
| Homepage | https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/klinikuebersicht/anaesthesie-intensiv-und-notfallmedizin-schmerztherapie/ |

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|--|
| VC05 | Schrittmachereingriffe |
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren |

| | |
|------|---|
| VC30 | Septische Knochenchirurgie |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen |
| VC53 | Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen |
| VC61 | Dialyseshuntchirurgie |
| VC62 | Portimplantation |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie |
| VC66 | Arthroskopische Operationen |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin |
| VC71 | Notfallmedizin |
| VH01 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres |
| VH02 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes |
| VH06 | Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen |
| VH12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege |
| VH13 | Plastisch-rekonstruktive Chirurgie |
| VH16 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes |
| VH17 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea |
| VH18 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich |
| VH19 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren |
| VH22 | Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |

| | |
|------|--|
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| VI20 | Intensivmedizin |
| VI21 | Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| VI35 | Endoskopie |
| VI39 | Physikalische Therapie |
| VI40 | Schmerztherapie |
| VI41 | Shuntzentrum |
| VI42 | Transfusionsmedizin |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen |
| VO15 | Fußchirurgie |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |

| | |
|------|---|
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung |
| VU15 | Dialyse |

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|--|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Kommentar | Die Fälle der interdisziplinär belegten Intensivstation werden in den jeweiligen Fachabteilungen abgebildet. |

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
|-------------|---|

| | |
|-------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
|-------------|-----------------------|

| | |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |
|-------------|---|

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 5,63 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,59

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| Stationär | 5,59 | |
| Ambulant | 0 | Keine Angabe möglich |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,59 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---------------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF30 | Palliativmedizin |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie |

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,5

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 13,5 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 13,5 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP02 | Bobath |
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP14 | Schmerzmanagement |
| ZP18 | Dekubitusmanagement |

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-7 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

B-7.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 2600 |
| Art | Belegabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Belegarzt |
| Titel, Vorname, Name | M.D. univ. Aleppo Rami Kabbani |
| Telefon | 06742/101-0 |
| Fax | 06742/101-6609 |
| E-Mail | info@gk.de |
| Straße/Nr | Bahnhofstraße 7 |
| PLZ/Ort | 56154 Boppard |
| Homepage | https://www.gk.de/krankenhaeuser/heilig-geist-boppard/klinikuebersicht/hals-nasen-ohrenheilkunde/ |

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|--|
| VH02 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen |
| VH14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle |
| VH15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen |
| VH16 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes |

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 10 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 5-285.0 | 4 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff |

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzahl: 1

Anzahl stationäre Fälle je Person: 10

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ18 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-7.11.2 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: 0

Kommentar: Versorgung der Patienten durch den Pflegedienst der Orthopädie und Unfallchirurgie

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------|---|
| Ambulant erworbene Pneumonie | 548 | 99,45 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Geburtshilfe | 2441 | 98,69 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | 513 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|---|----------|------------------------|---|
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation | 184 | 100,54 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 45 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation | 17 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Hüftendoprothesenversorgung | 468 | 99,57 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------|---|
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | 427 | 100,23 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel | 41 | 95,12 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 183 | 99,45 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel | 27 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------|---|
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | 61 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation | 11 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Karotis-Revaskularisation | 94 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Knieendoprothesenversorgung | 215 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | 198 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel | 17 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Mammachirurgie | 344 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Neonatologie | 311 | 100,64 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------------|---|
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 616 | 99,68 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) | 12 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|---|----------|------------------------------|---|
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | 2116 | 100,71 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

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

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

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

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Leitlinienkonforme Indikation |
| Ergebnis-ID | 101803 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</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 | 94,19% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Leitlinienkonforme Indikation |
| Ergebnis-ID | 101803 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,02 - 94,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Ergebnis-ID | 54140 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| 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 | 98,53% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Ergebnis-ID | 54140 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,43 - 98,62% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Systeme 1. Wahl |
| Ergebnis-ID | 54141 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</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) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---------------------------------------|
| Bezeichnung der Kennzahl | Systeme 1. Wahl |
| Ergebnis-ID | 54141 |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,65% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,51 - 96,78% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Systeme 2. Wahl |
| Ergebnis-ID | 54142 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</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) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---------------------------------------|
| Bezeichnung der Kennzahl | Systeme 2. Wahl |
| Ergebnis-ID | 54142 |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,1% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,07 - 0,12% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Systeme 3. Wahl |
| Ergebnis-ID | 54143 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 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 | 1,78% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,00 % |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Systeme 3. Wahl |
| Ergebnis-ID | 54143 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,68 - 1,88% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln |
| Ergebnis-ID | 52139 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 88,94% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 60,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 88,73 - 89,15% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Dosis-Flächen-Produkt |
| Ergebnis-ID | 101800 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 5,53 |
| 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 |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Dosis-Flächen-Produkt |
| Ergebnis-ID | 101800 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,87 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,44 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,85 - 0,89 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,02 - 13,14 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Ergebnis-ID | 52305 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fall-zahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Ergebnis-ID | 52305 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 95,31% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00\%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,23 - 95,39% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 75,75 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Ergebnis-ID | 101801 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,05% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,60 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,13% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Ergebnis-ID | 52311 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,59% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,50 - 1,68% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden |
| Ergebnis-ID | 101802 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 55,05% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 54,68 - 55,41% |
| 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 | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 51191 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 51191 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,11 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,29 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,18 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 20,64 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen |
| Ergebnis-ID | 2190 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 10 |
| 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 | 0,03% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,02 - 0,04% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2194 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Bezeichnung des Indikators | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2194 |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,16 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,77$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 22,41 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2195 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 4 |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Ergebnis-ID | 2195 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,01 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,04 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 6,14$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,90 - 1,19 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 289,23 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Ergebnis-ID | 121800 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 3,10 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 1,27% |
| 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 | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
| Ergebnis-ID | 52315 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02% |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 1,29% |
| 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 | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 51404 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 51404 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,20 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 1,20 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 89,15 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 603 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 99,07% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,88 - 99,22% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 604 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 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 | 99,73% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,59 - 99,82% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis- Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation |
| Ergebnis-ID | 52240 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 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 | 6,98% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,04 - 11,80% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 11704 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 11704 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,99 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,86 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,91 - 1,07 |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 11724 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
| Bezeichnung der Kennzahl | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 11724 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 1,15 |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 605 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 1,24% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,47% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 606 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 2,39% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,73 - 3,29% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen- chirurgisch |
| Ergebnis-ID | 51859 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 2,98% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,63 - 3,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51437 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,75% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,13 - 98,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 60,97 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51443 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 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 | 99,17% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,69 - 99,47% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51873 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 2,50 |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51873 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,09 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,80 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,22 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 14,17 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51865 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,88 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
| Bezeichnung der Kennzahl | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51865 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,14 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,29 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 40,26 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51445 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 4 |
| 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 | 2,02% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,53 - 2,67% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 48,99% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51448 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 2,12% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,12 - 3,98% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt |
| Ergebnis-ID | 51860 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 3,94% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,20 - 4,84% |
| 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 | Karotis-Revaskularisation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit |
| Ergebnis-ID | 161800 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 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 | 2,99% |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 5,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,94 - 4,57% |
| 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 | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Präoperative Verweildauer |
| Ergebnis-ID | 54030 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen (S91) |
| 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 | 11,11% |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 10,86 - 11,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sturzprophylaxe |
| Ergebnis-ID | 54050 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 34 |
| Beobachtete Ereignisse | 34 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,3% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,16 - 97,44% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,85 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54033 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54033 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,16$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,02 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54029 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 34 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,89% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,44 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,79 - 2,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 10,15% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54042 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,43 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54042 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,26 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,12 - 1,38 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 54046 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,63 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02) |
| Grundgesamtheit | 34 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 9,00 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,07 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,72 - 3,35 |
| 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,64 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 3245 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 0,39 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
| Bezeichnung des Indikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,05 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,32 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,32 - 1,25 |
| 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,22 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 3245 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,33% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,33 - 0,33% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,10 - 0,44% |
| 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</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 | 0,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06% |
| 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 | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 3245 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,12% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54001 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 24 |
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,65% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,58 - 97,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 86,20 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54002 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 87,50 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 93,38% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,02 - 93,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 52,91 - 97,76% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Sturzprophylaxe |
| Ergebnis-ID | 54004 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 35 |
| Beobachtete Ereignisse | 35 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,32% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,25 - 97,40% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,11 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation |
| Ergebnis-ID | 54016 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 24 |
| 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 | 1,48% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,48 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,42 - 1,54% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 13,80% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54017 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 7 |
| 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 | 6,96% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 19,26 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 6,59 - 7,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 35,43% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54015 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,26 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 19,78 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Indikators | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 54015 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,15$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,51 - 2,50 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

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

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54120 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 15,38 |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Ergebnis-ID | 54120 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,06 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,11 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54012 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 24 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,86 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|--------------------------------------|
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung des Indikators | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Ergebnis-ID | 54012 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,44 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 7,42 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 54013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,05% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,04 - 0,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 17,59% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 191914 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,81 |
| 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) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Ergebnis-ID | 191914 |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,23 - 2,32 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Ergebnis-ID | 10271 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen (S91) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Ergebnis-ID | 10271 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,81$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,06 |
| 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 erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 64 |
| 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) | 94,34 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 41 |
| Beobachtete Ereignisse | 41 |
| 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) | 91,43 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 64 |
| 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) | 94,34 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 41 |
| Beobachtete Ereignisse | 41 |
| 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) | 91,43 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 82,76 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20) |
| Grundgesamtheit | 29 |
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 93,21% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,08 - 93,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 65,45 - 92,40% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 72,55 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 37 |
| 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) | 59,05 - 82,89% |
| 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 | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 26 |
| Beobachtete Ereignisse | 26 |
| 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) | 87,13 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 14 |
| 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) | 78,47 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 39 |
| Beobachtete Ereignisse | 39 |
| 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) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 96,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,03 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 23 |
| Beobachtete Ereignisse | 23 |
| 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) | 85,69 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 39 |
| Beobachtete Ereignisse | 39 |
| 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) | 91,03 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 23 |
| Beobachtete Ereignisse | 23 |
| 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) | 85,69 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 26,83 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 41 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 15,52% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 15,35 - 15,69% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 15,69 - 41,93% |
| 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 20,31 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 17,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,92 - 17,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 12,27 - 31,71% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,48 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| 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) | 0,09 - 2,39 |
| 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 | 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,33 |
| 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) | 0,09 - 1,12 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</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) |
| 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 | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 62 |
| Beobachtete Ereignisse | 62 |
| 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) | 94,17 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 40 |
| Beobachtete Ereignisse | 40 |
| 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) | 91,24 - 100,00% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie |
| Ergebnis-ID | 56000 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Sonstiges (im Kommentar erläutert) (S99) |
| 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 | 59,74% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 29,31$ % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 59,52 - 59,96% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | Das rechnerische auffällige Ergebnis für diesen Qualitätsindikator basiert auf einem einzelnen Fall. In dieser Situation wurde auf eine Bewertung verzichtet. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund |
| Ergebnis-ID | 56001 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (U63) |
| 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 | 31,26% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 56,95 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 31,05 - 31,47% |
| 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 | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | ""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt" |
| Ergebnis-ID | 56003 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 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 | 72,59% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 45,16 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 72,11 - 73,07% |
| 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 | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | ""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt" |
| Ergebnis-ID | 56004 |
| 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 Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 4,21% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 18,98 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,01 - 4,43% |
| 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 | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm² |
| Ergebnis-ID | 56005 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,64 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,91 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,15 (95. Perzentil) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Indikators | Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm² |
| Ergebnis-ID | 56005 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,90 - 0,92 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,05 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Indikators | Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm² |
| Ergebnis-ID | 56006 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</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 | 1 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,31 (95. Perzentil) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Indikators | Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm² |
| Ergebnis-ID | 56006 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,02 |
| 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 | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Indikators | Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy x cm² |
| Ergebnis-ID | 56007 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 7,07 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U62) |
| 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 | 0,93 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,06 (95. Perzentil) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
| Bezeichnung des Indikators | Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy x cm² |
| Ergebnis-ID | 56007 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,94 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 2,42 - 7,07 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Dosis-Flächen-Produkt unbekannt |
| Ergebnis-ID | 56008 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 6 |
| 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 | 0,39% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 0,83\%$ (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,38 - 0,41% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 39,03% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml |
| Ergebnis-ID | 56009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 4 |
| 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 | 5,23% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,57 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,16 - 5,29% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 48,99% |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml |
| Ergebnis-ID | 56010 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| 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 | 19,05% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 44,93 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 18,56 - 19,55% |
| 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 | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml |
| Ergebnis-ID | 56011 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Sonstiges (im Kommentar erläutert) (S99) |
| 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 | 12,37% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 27,44 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,25 - 12,50% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | Das rechnerische auffällige Ergebnis für diesen Qualitätsindikator basiert auf einem einzelnen Fall. In dieser Situation wurde auf eine Bewertung verzichtet. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt |
| Ergebnis-ID | 56014 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| 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 | 92,88% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,36 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,63 - 93,13% |
| 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 | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI |
| Ergebnis-ID | 56016 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| 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 | 94,5% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 89,23$ % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,41 - 94,58% |
| 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) |

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) | 32 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 10 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 23 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände |
|--------------------------|-------------|--------------|--------------------------------|---------------------|
| Intensivmedizin | Station 3 | Tagschicht | 100,00% | 0 |
| Intensivmedizin | Station 3 | Nachtschicht | 100,00% | 0 |
| Unfallchirurgie | Station 4/5 | Nachtschicht | 0,00% | 0 |
| Unfallchirurgie | Station 4/5 | Tagschicht | 100,00% | 0 |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad |
|--------------------------|-------------|--------------|---------------------------------|
| Intensivmedizin | Station 3 | Tagschicht | 100,00% |
| Intensivmedizin | Station 3 | Nachtschicht | 100,00% |
| Unfallchirurgie | Station 4/5 | Tagschicht | 91,00% |
| Unfallchirurgie | Station 4/5 | Nachtschicht | 53,00% |

- **Anhang**

| Diagnosen zu B-1.6 | | |
|---------------------------|-----------------|---|
| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
| I10.01 | 81 | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| R55 | 52 | Synkope und Kollaps |
| I50.01 | 50 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| I50.14 | 44 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| N39.0 | 34 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| E86 | 28 | Volumenmangel |
| A09.0 | 27 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs |
| I50.13 | 21 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| J12.8 | 19 | Pneumonie durch sonstige Viren |
| I48.0 | 18 | Vorhofflimmern, paroxysmal |
| R07.2 | 18 | Präkordiale Schmerzen |
| R07.3 | 18 | Sonstige Brustschmerzen |
| I95.1 | 17 | Orthostatische Hypotonie |
| J18.9 | 17 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| F10.0 | 16 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| I21.4 | 14 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| K29.5 | 14 | Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet |
| K57.32 | 14 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung |
| A41.51 | 13 | Sepsis: Escherichia coli [E. coli] |
| I11.91 | 13 | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I48.1 | 13 | Vorhofflimmern, persistierend |
| J18.0 | 13 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| K59.01 | 13 | Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung |
| K92.2 | 13 | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet |
| B34.9 | 11 | Virusinfektion, nicht näher bezeichnet |
| H81.1 | 11 | Benigner paroxysmaler Schwindel |
| I20.8 | 11 | Sonstige Formen der Angina pectoris |
| I48.9 | 11 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet |
| I50.00 | 11 | Primäre Rechtsherzinsuffizienz |
| J22 | 11 | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet |
| R06.0 | 11 | Dyspnoe |
| I26.9 | 10 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I47.1 | 10 | Supraventrikuläre Tachykardie |
| R42 | 10 | Schwindel und Taumel |
| J10.1 | 9 | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen |
| K21.0 | 9 | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis |
| J20.9 | 8 | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| J44.00 | 8 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| K29.0 | 8 | Akute hämorrhagische Gastritis |
| K29.1 | 8 | Sonstige akute Gastritis |
| K56.4 | 8 | Sonstige Obturation des Darmes |
| R11 | 8 | Übelkeit und Erbrechen |
| A49.9 | 7 | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet |
| D50.0 | 7 | Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) |
| I63.8 | 7 | Sonstiger Hirninfarkt |
| J15.9 | 7 | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| A09.9 | 6 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| G43.1 | 6 | Migräne mit Aura [Klassische Migräne] |
| I20.0 | 6 | Instabile Angina pectoris |
| I50.12 | 6 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung |
| I63.5 | 6 | Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien |
| J18.8 | 6 | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| N30.0 | 6 | Akute Zystitis |
| R07.4 | 6 | Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet |
| T78.3 | 6 | Angioneurotisches Ödem |
| D64.9 | 5 | Anämie, nicht näher bezeichnet |
| E11.61 | 5 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.91 | 5 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| F05.1 | 5 | Delir bei Demenz |
| I48.3 | 5 | Vorhofflattern, typisch |
| J06.9 | 5 | Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet |
| J18.1 | 5 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J44.11 | 5 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.12 | 5 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und <70 % des Sollwertes |
| K26.0 | 5 | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung |
| K29.7 | 5 | Gastritis, nicht näher bezeichnet |
| N17.93 | 5 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 |
| R10.1 | 5 | Schmerzen im Bereich des Oberbauches |
| A40.8 | 4 | Sonstige Sepsis durch Streptokokken |
| A41.58 | 4 | Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger |
| A41.9 | 4 | Sepsis, nicht näher bezeichnet |
| B02.9 | 4 | Zoster ohne Komplikation |
| B37.81 | 4 | Candida-Ösophagitis |
| C34.1 | 4 | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) |
| D38.1 | 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge |
| E10.11 | 4 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| E87.1 | 4 | Hypoosmolalität und Hyponatriämie |
| H81.0 | 4 | Ménière-Krankheit |
| I63.4 | 4 | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien |
| J44.02 | 4 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes |
| K25.9 | 4 | Ulcus ventriculi: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation |
| K57.31 | 4 | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung |
| K70.3 | 4 | Alkoholische Leberzirrhose |
| N10 | 4 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| N20.1 | 4 | Ureterstein |
| R40.0 | 4 | Somnolenz |
| T78.2 | 4 | Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet |
| A04.5 | (Datenschutz) | Enteritis durch Campylobacter |
| A04.6 | (Datenschutz) | Enteritis durch Yersinia enterocolitica |
| A04.70 | (Datenschutz) | Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen |
| A08.1 | (Datenschutz) | Akute Gastroenteritis durch Norovirus |
| A32.7 | (Datenschutz) | Listeriensepsis |
| A40.1 | (Datenschutz) | Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B |
| A40.2 | (Datenschutz) | Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken |
| A40.3 | (Datenschutz) | Sepsis durch Streptococcus pneumoniae |
| A41.0 | (Datenschutz) | Sepsis durch Staphylococcus aureus |
| A41.1 | (Datenschutz) | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken |
| A41.52 | (Datenschutz) | Sepsis: Pseudomonas |
| A46 | (Datenschutz) | Erysipel [Wundrose] |
| A49.0 | (Datenschutz) | Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| A49.8 | (Datenschutz) | Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| A69.2 | (Datenschutz) | Lyme-Krankheit |
| B01.9 | (Datenschutz) | Varizellen ohne Komplikation |
| B02.2 | (Datenschutz) | Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems |
| B17.2 | (Datenschutz) | Akute Virushepatitis E |
| B19.9 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma |
| B34.8 | (Datenschutz) | Sonstige Virusinfektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| B99 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| C16.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi |
| C16.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C18.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Zäkum |
| C18.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon ascendens |
| C19 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang |
| C20 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C22.0 | (Datenschutz) | Leberzellkarzinom |
| C22.1 | (Datenschutz) | Intrahepatisches Gallengangskarzinom |
| C34.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Hauptbronchus |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| C34.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C50.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet |
| C78.2 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura |
| C79.88 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen |
| C83.3 | (Datenschutz) | Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom |
| C90.00 | (Datenschutz) | Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| C91.10 | (Datenschutz) | Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission |
| C96.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet |
| D12.2 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Colon ascendens |
| D12.5 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum |
| D12.8 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Rektum |
| D37.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Magen |
| D37.70 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Pankreas |
| D39.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Ovar |
| D47.3 | (Datenschutz) | Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie |
| D50.9 | (Datenschutz) | Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet |
| D61.9 | (Datenschutz) | Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet |
| D62 | (Datenschutz) | Akute Blutungsanämie |
| D75.1 | (Datenschutz) | Sekundäre Polyglobulie [Polyzythämie] |
| E05.0 | (Datenschutz) | Hyperthyreose mit diffuser Struma |
| E05.9 | (Datenschutz) | Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet |
| E10.61 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E10.91 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.01 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet |
| E11.11 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet |
| E11.21 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.73 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet |
| E11.90 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E43 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung |
| E66.22 | (Datenschutz) | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter |
| E83.1 | (Datenschutz) | Störungen des Eisenstoffwechsels |
| F10.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
| F10.3 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom |
| F15.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F19.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F22.0 | (Datenschutz) | Wahnhafte Störung |
| F31.9 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet |
| F33.2 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F41.0 | (Datenschutz) | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| F43.0 | (Datenschutz) | Akute Belastungsreaktion |
| F43.2 | (Datenschutz) | Anpassungsstörungen |
| F44.2 | (Datenschutz) | Dissoziativer Stupor |
| F45.0 | (Datenschutz) | Somatisierungsstörung |
| F45.8 | (Datenschutz) | Sonstige somatoforme Störungen |
| F50.01 | (Datenschutz) | Anorexia nervosa, aktiver Typ |
| G20.90 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsflektuation |
| G21.1 | (Datenschutz) | Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom |
| G30.1 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn |
| G40.2 | (Datenschutz) | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen |
| G40.3 | (Datenschutz) | Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome |
| G40.6 | (Datenschutz) | Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal) |
| G40.8 | (Datenschutz) | Sonstige Epilepsien |
| G40.9 | (Datenschutz) | Epilepsie, nicht näher bezeichnet |
| G43.0 | (Datenschutz) | Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne] |
| G43.8 | (Datenschutz) | Sonstige Migräne |
| G45.49 | (Datenschutz) | Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet |
| G45.82 | (Datenschutz) | Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G45.92 | (Datenschutz) | Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G45.93 | (Datenschutz) | Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde |
| G51.0 | (Datenschutz) | Fazialisparese |
| G58.0 | (Datenschutz) | Interkostalneuropathie |
| G91.20 | (Datenschutz) | Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus |
| G93.2 | (Datenschutz) | Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri] |
| G93.4 | (Datenschutz) | Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet |
| H47.0 | (Datenschutz) | Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert |
| H81.2 | (Datenschutz) | Neuropathia vestibularis |
| I10.00 | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| I10.91 | (Datenschutz) | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I21.0 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| I21.1 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| I21.3 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| I22.8 | (Datenschutz) | Rezidivierender Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen |
| I25.11 | (Datenschutz) | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung |
| I25.13 | (Datenschutz) | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung |
| I25.19 | (Datenschutz) | Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet |
| I26.0 | (Datenschutz) | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I33.0 | (Datenschutz) | Akute und subakute infektiöse Endokarditis |
| I35.0 | (Datenschutz) | Aortenklappenstenose |
| I40.9 | (Datenschutz) | Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet |
| I42.2 | (Datenschutz) | Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie |
| I44.2 | (Datenschutz) | Atrioventrikulärer Block 3. Grades |
| I45.1 | (Datenschutz) | Sonstiger und nicht näher bezeichneter Rechtsschenkelblock |
| I46.9 | (Datenschutz) | Herzstillstand, nicht näher bezeichnet |
| I48.2 | (Datenschutz) | Vorhofflimmern, permanent |
| I48.4 | (Datenschutz) | Vorhofflattern, atypisch |
| I49.0 | (Datenschutz) | Kammerflattern und Kammerflimmern |
| I49.1 | (Datenschutz) | Vorhofextrasystolie |
| I49.3 | (Datenschutz) | Ventrikuläre Extrasystolie |
| I49.5 | (Datenschutz) | Sick-Sinus-Syndrom |
| I50.11 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden |
| I51.3 | (Datenschutz) | Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert |
| I60.9 | (Datenschutz) | Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet |
| I61.0 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal |
| I63.2 | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien |
| I63.3 | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| I63.9 | (Datenschutz) | Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet |
| I67.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten |
| I70.24 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration |
| I71.1 | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert |
| I73.9 | (Datenschutz) | Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| I80.28 | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten |
| I83.1 | (Datenschutz) | Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung |
| I83.2 | (Datenschutz) | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung |
| I87.20 | (Datenschutz) | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration |
| I89.09 | (Datenschutz) | Lymphödem, nicht näher bezeichnet |
| I89.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten |
| I95.2 | (Datenschutz) | Hypotonie durch Arzneimittel |
| I95.8 | (Datenschutz) | Sonstige Hypotonie |
| I95.9 | (Datenschutz) | Hypotonie, nicht näher bezeichnet |
| I99 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems |
| J02.9 | (Datenschutz) | Akute Pharyngitis, nicht näher bezeichnet |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| J10.0 | (Datenschutz) | Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen |
| J11.1 | (Datenschutz) | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen |
| J12.0 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Adenoviren |
| J12.9 | (Datenschutz) | Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J14 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Haemophilus influenzae |
| J15.1 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Pseudomonas |
| J15.5 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Escherichia coli |
| J15.8 | (Datenschutz) | Sonstige bakterielle Pneumonie |
| J20.8 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger |
| J43.9 | (Datenschutz) | Emphysem, nicht näher bezeichnet |
| J44.01 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes |
| J44.03 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes |
| J44.10 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes |
| J44.13 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes |
| J44.19 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.99 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J45.0 | (Datenschutz) | Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale |
| J45.9 | (Datenschutz) | Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet |
| J69.0 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |
| J84.1 | (Datenschutz) | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose |
| J86.9 | (Datenschutz) | Pyothorax ohne Fistel |
| J90 | (Datenschutz) | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert |
| J96.00 | (Datenschutz) | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] |
| J96.91 | (Datenschutz) | Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch] |
| K22.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus |
| K25.0 | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung |
| K26.3 | (Datenschutz) | Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation |
| K29.2 | (Datenschutz) | Alkoholgastritis |
| K29.3 | (Datenschutz) | Chronische Oberflächengastritis |
| K29.4 | (Datenschutz) | Chronische atrophische Gastritis |
| K29.6 | (Datenschutz) | Sonstige Gastritis |
| K29.8 | (Datenschutz) | Duodenitis |
| K31.82 | (Datenschutz) | Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung |
| K31.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums |
| K43.68 | (Datenschutz) | Sonstige Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän |
| K44.9 | (Datenschutz) | Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän |
| K50.0 | (Datenschutz) | Crohn-Krankheit des Dünndarmes |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| K51.0 | (Datenschutz) | Ulzeröse (chronische) Pankolitis |
| K52.1 | (Datenschutz) | Toxische Gastroenteritis und Kolitis |
| K52.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| K52.9 | (Datenschutz) | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet |
| K55.0 | (Datenschutz) | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K55.22 | (Datenschutz) | Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung |
| K55.9 | (Datenschutz) | Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet |
| K56.5 | (Datenschutz) | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion |
| K56.7 | (Datenschutz) | Ileus, nicht näher bezeichnet |
| K57.22 | (Datenschutz) | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung |
| K57.30 | (Datenschutz) | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung |
| K57.33 | (Datenschutz) | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung |
| K58.8 | (Datenschutz) | Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Reizdarmsyndrom |
| K59.00 | (Datenschutz) | Obstipation bei Kolontransitstörung |
| K59.02 | (Datenschutz) | Medikamentös induzierte Obstipation |
| K59.09 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation |
| K62.3 | (Datenschutz) | Rektumprolaps |
| K62.5 | (Datenschutz) | Hämorrhagie des Anus und des Rektums |
| K62.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums |
| K64.0 | (Datenschutz) | Hämorrhoiden 1. Grades |
| K65.0 | (Datenschutz) | Akute Peritonitis |
| K65.8 | (Datenschutz) | Sonstige Peritonitis |
| K66.0 | (Datenschutz) | Peritoneale Adhäsionen |
| K71.0 | (Datenschutz) | Toxische Leberkrankheit mit Cholestase |
| K71.1 | (Datenschutz) | Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose |
| K71.7 | (Datenschutz) | Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber |
| K75.9 | (Datenschutz) | Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| K76.9 | (Datenschutz) | Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| K80.00 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| K80.01 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| K80.20 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| K80.30 | (Datenschutz) | Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| K80.31 | (Datenschutz) | Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| K80.41 | (Datenschutz) | Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| K80.51 | (Datenschutz) | Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| K81.0 | (Datenschutz) | Akute Cholezystitis |
| K82.1 | (Datenschutz) | Hydrops der Gallenblase |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| K85.00 | (Datenschutz) | Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K85.10 | (Datenschutz) | Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K85.20 | (Datenschutz) | Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K85.21 | (Datenschutz) | Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation |
| K85.80 | (Datenschutz) | Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K85.90 | (Datenschutz) | Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K85.91 | (Datenschutz) | Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation |
| K92.0 | (Datenschutz) | Hämatemesis |
| K92.1 | (Datenschutz) | Meläna |
| L04.2 | (Datenschutz) | Akute Lymphadenitis an der oberen Extremität |
| L27.0 | (Datenschutz) | Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel |
| L27.1 | (Datenschutz) | Lokalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel |
| L50.0 | (Datenschutz) | Allergische Urtikaria |
| L97 | (Datenschutz) | Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert |
| M06.80 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritiden: Mehrere Lokalisationen |
| M06.97 | (Datenschutz) | Chronische Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M10.97 | (Datenschutz) | Gicht, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M17.9 | (Datenschutz) | Gonarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M25.57 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M31.6 | (Datenschutz) | Sonstige Riesenzellarteriitis |
| M47.80 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M47.82 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose: Zervikalbereich |
| M47.89 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M51.2 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung |
| M54.12 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Zervikalbereich |
| M54.17 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbosakralbereich |
| M54.5 | (Datenschutz) | Kreuzschmerz |
| M54.6 | (Datenschutz) | Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule |
| N13.2 | (Datenschutz) | Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein |
| N13.3 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose |
| N17.92 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2 |
| N17.99 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet |
| N18.3 | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 |
| N20.0 | (Datenschutz) | Nierenstein |
| N20.9 | (Datenschutz) | Harnstein, nicht näher bezeichnet |
| R00.0 | (Datenschutz) | Tachykardie, nicht näher bezeichnet |
| R00.2 | (Datenschutz) | Palpitationen |
| R03.0 | (Datenschutz) | Erhöhter Blutdruckwert ohne Diagnose eines Bluthochdrucks |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| R05 | (Datenschutz) | Husten |
| R07.1 | (Datenschutz) | Brustschmerzen bei der Atmung |
| R10.0 | (Datenschutz) | Akutes Abdomen |
| R10.3 | (Datenschutz) | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches |
| R10.4 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen |
| R13.0 | (Datenschutz) | Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme |
| R13.9 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie |
| R17.0 | (Datenschutz) | Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert |
| R20.2 | (Datenschutz) | Parästhesie der Haut |
| R26.3 | (Datenschutz) | Immobilität |
| R29.6 | (Datenschutz) | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert |
| R33 | (Datenschutz) | Harnverhaltung |
| R40.2 | (Datenschutz) | Koma, nicht näher bezeichnet |
| R41.0 | (Datenschutz) | Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet |
| R41.2 | (Datenschutz) | Retrograde Amnesie |
| R45.1 | (Datenschutz) | Ruhelosigkeit und Erregung |
| R45.8 | (Datenschutz) | Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen |
| R47.1 | (Datenschutz) | Dysarthrie und Anarthrie |
| R51 | (Datenschutz) | Kopfschmerz |
| R53 | (Datenschutz) | Unwohlsein und Ermüdung |
| R56.8 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe |
| R60.0 | (Datenschutz) | Umschriebenes Ödem |
| R63.6 | (Datenschutz) | Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit |
| R74.0 | (Datenschutz) | Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH] |
| R77.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine |
| S00.05 | (Datenschutz) | Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung |
| S06.0 | (Datenschutz) | Gehirnerschütterung |
| S06.6 | (Datenschutz) | Traumatische subarachnoidale Blutung |
| S22.42 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen |
| S22.44 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen |
| S27.2 | (Datenschutz) | Traumatischer Hämatothorax |
| S46.3 | (Datenschutz) | Verletzung des Muskels und der Sehne des M. triceps brachii |
| S72.11 | (Datenschutz) | Femurfraktur: Intertrochantär |
| S80.81 | (Datenschutz) | Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Schürfwunde |
| T17.9 | (Datenschutz) | Fremdkörper in den Atemwegen, Teil nicht näher bezeichnet |
| T18.1 | (Datenschutz) | Fremdkörper im Ösophagus |
| T18.2 | (Datenschutz) | Fremdkörper im Magen |
| T18.3 | (Datenschutz) | Fremdkörper im Dünndarm |
| T43.5 | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antipsychotika und Neuroleptika |
| T59.8 | (Datenschutz) | Toxische Wirkung: Sonstige näher bezeichnete Gase, Dämpfe oder sonstiger näher bezeichneter Rauch |
| T63.4 | (Datenschutz) | Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| T78.4 | (Datenschutz) | Allergie, nicht näher bezeichnet |
| T81.0 | (Datenschutz) | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert |
| T82.1 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät |
| T82.7 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 1-632.0 | 242 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-200 | 240 | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-225 | 193 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-222 | 177 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 9-984.8 | 169 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-984.7 | 166 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 3-035 | 144 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung |
| 3-202 | 135 | Native Computertomographie des Thorax |
| 8-930 | 107 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 9-984.b | 99 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 1-440.a | 94 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 3-052 | 86 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 8-831.0 | 83 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 1-650.2 | 82 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie |
| 8-800.c0 | 76 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 9-984.9 | 74 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 1-440.9 | 68 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt |
| 3-207 | 67 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 1-650.1 | 65 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 9-984.6 | 50 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 3-220 | 49 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-820 | 44 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 1-444.6 | 40 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie |
| 3-821 | 38 | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 8-980.0 | 37 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte |
| 1-266.0 | 35 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher |
| 8-640.0 | 31 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) |
| 8-191.x | 30 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 8-152.1 | 28 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle |
| 8-854.2 | 28 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation |
| 1-444.7 | 27 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien |
| 5-452.61 | 26 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 8-191.00 | 25 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad |
| 8-701 | 25 | Einfache endotracheale Intubation |
| 1-844 | 23 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 9-984.a | 21 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 5-452.60 | 20 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen |
| 3-825 | 19 | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 8-144.2 | 19 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter |
| 5-452.62 | 17 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge |
| 1-791 | 16 | Kardiorespiratorische Polygraphie |
| 3-843.0 | 16 | Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung |
| 1-620.00 | 15 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen |
| 8-980.10 | 15 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte |
| 1-710 | 14 | Ganzkörperplethysmographie |
| 9-320 | 14 | Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens |
| 3-203 | 13 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 8-706 | 13 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8-98g.11 | 13 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 1-650.0 | 12 | Diagnostische Koloskopie: Partiiell |
| 1-620.01 | 11 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage |
| 8-191.10 | 11 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad |
| 8-390.x | 11 | Lagerungsbehandlung: Sonstige |
| 8-987.10 | 11 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 1-275.0 | 10 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen |
| 5-311.1 | 10 | Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie |
| 8-771 | 10 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-931.0 | 10 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung |
| 8-98g.12 | 10 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 3-993 | 9 | Quantitative Bestimmung von Parametern |
| 8-153 | 9 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 8-98g.10 | 9 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 3-030 | 8 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel |
| 5-469.d3 | 8 | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch |
| 5-399.5 | 7 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-469.e3 | 7 | Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch |
| 8-800.c1 | 7 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE |
| 8-920 | 7 | EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h |
| 8-980.11 | 7 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte |
| 1-653 | 6 | Diagnostische Proktoskopie |
| 3-031 | 6 | Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie |
| 8-831.2 | 6 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel |
| 8-831.5 | 6 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation |
| 8-98g.14 | 6 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage |
| 3-206 | 5 | Native Computertomographie des Beckens |
| 5-433.52 | 5 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation |
| 8-390.1 | 5 | Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage |
| 1-631.0 | 4 | Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs |
| 1-642 | 4 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege |
| 1-853.2 | 4 | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion |
| 3-205 | 4 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 3-800 | 4 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 5-431.20 | 4 | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode |
| 5-452.63 | 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion |
| 5-452.82 | 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation |
| 8-144.1 | 4 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem |
| 8-191.5 | 4 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband |
| 8-987.11 | 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 1-202.01 | (Datenschutz) | Diagnostik zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls: Bei einem potenziellen Organspender: Mit Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls |
| 1-204.2 | (Datenschutz) | Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme |
| 1-207.0 | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden) |
| 1-207.x | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Sonstige |
| 1-266.1 | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD] |
| 1-266.3 | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien) |
| 1-266.x | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Sonstige |
| 1-275.2 | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel |
| 1-275.5 | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen |
| 1-279.a | (Datenschutz) | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung |
| 1-424 | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision am Knochenmark |
| 1-442.0 | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber |
| 1-559.2 | (Datenschutz) | Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision: Mesenterium |
| 1-587.0 | (Datenschutz) | Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision: Gefäße Kopf und Hals, extrakraniell |
| 1-632.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum |
| 1-635.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Jejunoskopie: Bei normalem Situs |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 1-635.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Jejunoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Dünndarm |
| 1-651 | (Datenschutz) | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 1-654.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument |
| 1-712 | (Datenschutz) | Spiroergometrie |
| 1-845 | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber |
| 1-853.0 | (Datenschutz) | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Parazentese |
| 1-854.1 | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Schultergelenk |
| 1-854.6 | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Hüftgelenk |
| 3-054 | (Datenschutz) | Endosonographie des Duodenums |
| 3-055.0 | (Datenschutz) | Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege |
| 3-056 | (Datenschutz) | Endosonographie des Pankreas |
| 3-058 | (Datenschutz) | Endosonographie des Rektums |
| 3-138 | (Datenschutz) | Gastrographie |
| 3-201 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Halses |
| 3-204 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Herzens |
| 3-221 | (Datenschutz) | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-223 | (Datenschutz) | Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-603 | (Datenschutz) | Arteriographie der thorakalen Gefäße |
| 3-611.0 | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Obere Hohlvene |
| 3-701 | (Datenschutz) | Szintigraphie der Schilddrüse |
| 3-802 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-804 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Abdomens |
| 3-805 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Beckens |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-82a | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 5-056.40 | (Datenschutz) | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch |
| 5-062.7 | (Datenschutz) | Andere partielle Schilddrüsenresektion: Resektion des Isthmus |
| 5-311.0 | (Datenschutz) | Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie |
| 5-377.1 | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem |
| 5-377.30 | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation |
| 5-378.61 | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem |
| 5-380.9x | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: Sonstige |
| 5-385.80 | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-392.10 | (Datenschutz) | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica |
| 5-399.6 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-399.7 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-401.50 | (Datenschutz) | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung |
| 5-433.20 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Exzision ohne weitere Maßnahmen |
| 5-433.21 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 5-433.22 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge |
| 5-437.03 | (Datenschutz) | (Totale) Gastrektomie: Mit Ösophagojejunostomie analog Billroth II, ohne Reservoirbildung: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II |
| 5-449.d3 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch |
| 5-449.e3 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch |
| 5-452.1 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, laparoskopisch |
| 5-452.80 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Elektrokoagulation |
| 5-455.21 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalsektion: Offen chirurgisch mit Anastomose |
| 5-456.00 | (Datenschutz) | (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Offen chirurgisch mit Ileostoma |
| 5-469.20 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch |
| 5-469.21 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch |
| 5-469.c3 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Endo-Loop: Endoskopisch |
| 5-489.d | (Datenschutz) | Andere Operation am Rektum: Endoskopisches Clippen |
| 5-493.0 | (Datenschutz) | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur |
| 5-493.1 | (Datenschutz) | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Sklerosierung |
| 5-511.01 | (Datenschutz) | Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge |
| 5-511.11 | (Datenschutz) | Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge |
| 5-513.1 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie) |
| 5-513.20 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen |
| 5-513.21 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-513.22 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit mechanischer Lithotripsie |
| 5-513.f0 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese |
| 5-541.0 | (Datenschutz) | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie |
| 5-541.1 | (Datenschutz) | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage |
| 5-549.x | (Datenschutz) | Andere Bauchoperationen: Sonstige |
| 5-572.1 | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan |
| 5-787.0n | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Tibia distal |
| 5-787.17 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Ulna proximal |
| 5-787.1r | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal |
| 5-787.k7 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulna proximal |
| 5-787.kr | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal |
| 5-794.07 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulna proximal |
| 5-794.17 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal |
| 5-794.k7 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Ulna proximal |
| 5-800.3k | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Oberes Sprunggelenk |
| 5-851.1a | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß |
| 5-895.2b | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Bauchregion |
| 5-896.0g | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Fuß |
| 5-898.5 | (Datenschutz) | Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, total |
| 5-900.04 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf |
| 5-900.08 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterarm |
| 5-900.1b | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion |
| 5-913.xg | (Datenschutz) | Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Sonstige: Fuß |
| 5-916.a1 | (Datenschutz) | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten |
| 5-983 | (Datenschutz) | Reoperation |
| 8-015.1 | (Datenschutz) | Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung: Über ein Stoma |
| 8-016 | (Datenschutz) | Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-018.1 | (Datenschutz) | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-020.4 | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Bänder, Sehnen oder Bindegewebe |
| 8-020.5 | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel |
| 8-020.x | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Sonstige |
| 8-100.8 | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastroduodenoskopie |
| 8-132.2 | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend |
| 8-132.3 | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich |
| 8-133.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 8-137.10 | (Datenschutz) | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral |
| 8-144.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig |
| 8-148.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum |
| 8-500 | (Datenschutz) | Tamponade einer Nasenblutung |
| 8-547.0 | (Datenschutz) | Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern |
| 8-547.31 | (Datenschutz) | Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform |
| 8-550.1 | (Datenschutz) | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten |
| 8-607.4 | (Datenschutz) | Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems |
| 8-640.1 | (Datenschutz) | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation) |
| 8-641 | (Datenschutz) | Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus |
| 8-800.c2 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE |
| 8-800.f1 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate |
| 8-800.g0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat |
| 8-810.j5 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 2,0 g bis unter 3,0 g |
| 8-812.50 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE |
| 8-812.51 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE |
| 8-812.60 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-837.00 | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie |
| 8-837.m0 | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie |
| 8-83b.08 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |
| 8-83b.0b | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung |
| 8-83b.c2 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem |
| 8-854.3 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen |
| 8-854.70 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden |
| 8-854.71 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden |
| 8-910 | (Datenschutz) | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 8-914.01 | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Brustwirbelsäule |
| 8-914.02 | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Lendenwirbelsäule |
| 8-980.20 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte |
| 8-980.21 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte |
| 8-987.01 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-987.12 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-98g.00 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 8-98g.01 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-98g.13 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |
| 9-200.02 | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| S06.0 | 39 | Gehirnerschütterung |
| K40.90 | 25 | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet |
| M16.1 | 21 | Sonstige primäre Koxarthrose |
| M54.4 | 19 | Lumboischialgie |
| M17.1 | 18 | Sonstige primäre Gonarthrose |
| M75.4 | 16 | Impingement-Syndrom der Schulter |
| M47.87 | 14 | Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich |
| S82.6 | 13 | Fraktur des Außenknöchels |
| S72.01 | 12 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär |
| S72.10 | 11 | Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet |
| K80.00 | 10 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| K80.10 | 10 | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| M54.16 | 10 | Radikulopathie: Lumbalbereich |
| T84.5 | 9 | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese |
| S00.05 | 8 | Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung |
| S00.95 | 8 | Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung |
| S52.51 | 8 | Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur |
| S52.59 | 8 | Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile |
| K35.30 | 7 | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur |
| M47.86 | 7 | Sonstige Spondylose: Lumbalbereich |
| S22.43 | 7 | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen |
| S42.21 | 7 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf |
| S42.22 | 7 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum |
| S72.11 | 7 | Femurfraktur: Intertrochantär |
| K57.22 | 6 | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung |
| L03.10 | 6 | Phlegmone an der oberen Extremität |
| R10.3 | 6 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches |
| S52.01 | 6 | Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon |
| S52.6 | 6 | Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert |
| T84.04 | 6 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk |
| K59.01 | 5 | Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| M20.1 | 5 | Hallux valgus (erworben) |
| M48.06 | 5 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich |
| M51.2 | 5 | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung |
| M72.0 | 5 | Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur] |
| S00.85 | 5 | Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung |
| S20.2 | 5 | Prellung des Thorax |
| S30.0 | 5 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| S32.01 | 5 | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 |
| S32.4 | 5 | Fraktur des Acetabulum |
| S52.50 | 5 | Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet |
| A46 | 4 | Erysipel [Wundrose] |
| K35.8 | 4 | Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet |
| K42.0 | 4 | Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän |
| K43.2 | 4 | Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän |
| K81.0 | 4 | Akute Cholezystitis |
| L05.9 | 4 | Pilonidalzyste ohne Abszess |
| M47.26 | 4 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich |
| M51.1 | 4 | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie |
| S06.6 | 4 | Traumatische subarachnoidale Blutung |
| S13.4 | 4 | Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule |
| S52.11 | 4 | Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf |
| S70.1 | 4 | Prellung des Oberschenkels |
| S82.0 | 4 | Fraktur der Patella |
| A09.0 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs |
| A41.0 | (Datenschutz) | Sepsis durch Staphylococcus aureus |
| A41.1 | (Datenschutz) | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken |
| A41.9 | (Datenschutz) | Sepsis, nicht näher bezeichnet |
| B07 | (Datenschutz) | Viruswarzen |
| C18.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Zäkum |
| C18.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon ascendens |
| C18.4 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon transversum |
| C19 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang |
| C20 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C23 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Gallenblase |
| C43.5 | (Datenschutz) | Bösartiges Melanom des Rumpfes |
| C50.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet |
| C61 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Prostata |
| C78.5 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums |
| C83.3 | (Datenschutz) | Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom |
| D13.1 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Magen |
| D17.1 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes |
| D23.7 | (Datenschutz) | Sonstige gutartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte |
| D48.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| E86 | (Datenschutz) | Volumenmangel |
| F10.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| G50.0 | (Datenschutz) | Trigeminusneuralgie |
| G58.0 | (Datenschutz) | Interkostalneuropathie |
| G70.0 | (Datenschutz) | Myasthenia gravis |
| G90.51 | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I |
| I10.01 | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I26.9 | (Datenschutz) | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I50.01 | (Datenschutz) | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| I50.14 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| I80.28 | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten |
| J94.2 | (Datenschutz) | Hämatothorax |
| K25.0 | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung |
| K29.5 | (Datenschutz) | Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet |
| K35.2 | (Datenschutz) | Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis |
| K35.31 | (Datenschutz) | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur |
| K35.32 | (Datenschutz) | Akute Appendizitis mit Peritonealabszess |
| K40.20 | (Datenschutz) | Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet |
| K40.30 | (Datenschutz) | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet |
| K40.91 | (Datenschutz) | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie |
| K43.0 | (Datenschutz) | Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän |
| K43.60 | (Datenschutz) | Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän |
| K43.70 | (Datenschutz) | Epigastrische Hernie mit Gangrän |
| K52.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| K55.0 | (Datenschutz) | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K55.22 | (Datenschutz) | Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung |
| K56.0 | (Datenschutz) | Paralytischer Ileus |
| K56.4 | (Datenschutz) | Sonstige Obturation des Darmes |
| K56.5 | (Datenschutz) | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion |
| K56.7 | (Datenschutz) | Ileus, nicht näher bezeichnet |
| K57.30 | (Datenschutz) | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung |
| K57.32 | (Datenschutz) | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung |
| K59.02 | (Datenschutz) | Medikamentös induzierte Obstipation |
| K59.09 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation |
| K61.0 | (Datenschutz) | Analabszess |
| K61.2 | (Datenschutz) | Anorektalabszess |
| K62.1 | (Datenschutz) | Rektumpolyp |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| K62.2 | (Datenschutz) | Analprolaps |
| K62.3 | (Datenschutz) | Rektumprolaps |
| K63.1 | (Datenschutz) | Perforation des Darmes (nichttraumatisch) |
| K64.2 | (Datenschutz) | Hämorrhoiden 3. Grades |
| K64.3 | (Datenschutz) | Hämorrhoiden 4. Grades |
| K66.0 | (Datenschutz) | Peritoneale Adhäsionen |
| K72.1 | (Datenschutz) | Chronisches Leberversagen |
| K76.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber |
| K80.11 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| K80.20 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| K80.41 | (Datenschutz) | Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| L02.2 | (Datenschutz) | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf |
| L02.4 | (Datenschutz) | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten |
| L03.11 | (Datenschutz) | Phlegmone an der unteren Extremität |
| L03.9 | (Datenschutz) | Phlegmone, nicht näher bezeichnet |
| L04.1 | (Datenschutz) | Akute Lymphadenitis am Rumpf |
| L04.2 | (Datenschutz) | Akute Lymphadenitis an der oberen Extremität |
| L05.0 | (Datenschutz) | Pilonidalzyste mit Abszess |
| L72.1 | (Datenschutz) | Trichilemmalzyste |
| L74.8 | (Datenschutz) | Sonstige Krankheiten der ekkrinen Schweißdrüsen |
| L98.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut |
| M00.01 | (Datenschutz) | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M00.06 | (Datenschutz) | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M00.96 | (Datenschutz) | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M00.97 | (Datenschutz) | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M10.06 | (Datenschutz) | Idiopathische Gicht: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M13.15 | (Datenschutz) | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M16.0 | (Datenschutz) | Primäre Koxarthrose, beidseitig |
| M16.3 | (Datenschutz) | Sonstige dysplastische Koxarthrose |
| M16.9 | (Datenschutz) | Koxarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M17.0 | (Datenschutz) | Primäre Gonarthrose, beidseitig |
| M17.5 | (Datenschutz) | Sonstige sekundäre Gonarthrose |
| M19.01 | (Datenschutz) | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M19.11 | (Datenschutz) | Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| M19.21 | (Datenschutz) | Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M19.97 | (Datenschutz) | Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M20.2 | (Datenschutz) | Hallux rigidus |
| M20.3 | (Datenschutz) | Sonstige Deformität der Großzehe (erworben) |
| M20.5 | (Datenschutz) | Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben) |
| M22.4 | (Datenschutz) | Chondromalacia patellae |
| M23.22 | (Datenschutz) | Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus |
| M23.32 | (Datenschutz) | Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus |
| M23.81 | (Datenschutz) | Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband |
| M24.41 | (Datenschutz) | Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M25.06 | (Datenschutz) | Hämarthros: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M25.56 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M42.16 | (Datenschutz) | Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich |
| M43.19 | (Datenschutz) | Spondylolisthesis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M46.45 | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich |
| M47.12 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikalbereich |
| M47.82 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose: Zervikalbereich |
| M47.96 | (Datenschutz) | Spondylose, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich |
| M48.07 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich |
| M48.56 | (Datenschutz) | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbalbereich |
| M54.14 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Thorakalbereich |
| M54.15 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Thorakolumbalbereich |
| M54.17 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbosakralbereich |
| M54.5 | (Datenschutz) | Kreuzschmerz |
| M54.6 | (Datenschutz) | Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule |
| M54.86 | (Datenschutz) | Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich |
| M60.02 | (Datenschutz) | Infektiöse Myositis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M60.06 | (Datenschutz) | Infektiöse Myositis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M62.26 | (Datenschutz) | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M62.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M65.86 | (Datenschutz) | Sonstige Synovitis und Tenosynovitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M65.96 | (Datenschutz) | Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M67.86 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Synovialis und der Sehnen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M70.2 | (Datenschutz) | Bursitis olecrani |
| M70.4 | (Datenschutz) | Bursitis praepatellaris |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| M71.16 | (Datenschutz) | Sonstige infektiöse Bursitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M72.68 | (Datenschutz) | Nekrotisierende Faszitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M72.88 | (Datenschutz) | Sonstige Fibromatosen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M75.1 | (Datenschutz) | Läsionen der Rotatorenmanschette |
| M77.1 | (Datenschutz) | Epicondylitis radialis humeri |
| M79.03 | (Datenschutz) | Rheumatismus, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M80.88 | (Datenschutz) | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M84.11 | (Datenschutz) | Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M86.15 | (Datenschutz) | Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M86.27 | (Datenschutz) | Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M86.45 | (Datenschutz) | Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M87.22 | (Datenschutz) | Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M94.25 | (Datenschutz) | Chondromalazie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M94.26 | (Datenschutz) | Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| N18.5 | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 |
| N20.0 | (Datenschutz) | Nierenstein |
| N39.0 | (Datenschutz) | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| N82.3 | (Datenschutz) | Fistel zwischen Vagina und Dickdarm |
| N83.8 | (Datenschutz) | Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri |
| R02.06 | (Datenschutz) | Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel und Knie |
| R04.0 | (Datenschutz) | Epistaxis |
| R10.0 | (Datenschutz) | Akutes Abdomen |
| R10.1 | (Datenschutz) | Schmerzen im Bereich des Oberbauches |
| R10.4 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen |
| S00.35 | (Datenschutz) | Oberflächliche Verletzung der Nase: Prellung |
| S01.0 | (Datenschutz) | Offene Wunde der behaarten Kopfhaut |
| S01.9 | (Datenschutz) | Offene Wunde des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet |
| S10.85 | (Datenschutz) | Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Halses: Prellung |
| S12.0 | (Datenschutz) | Fraktur des 1. Halswirbels |
| S12.1 | (Datenschutz) | Fraktur des 2. Halswirbels |
| S22.22 | (Datenschutz) | Fraktur des Sternums: Corpus sterni |
| S22.32 | (Datenschutz) | Fraktur einer sonstigen Rippe |
| S22.42 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| S22.44 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen |
| S23.3 | (Datenschutz) | Verstauchung und Zerrung der Brustwirbelsäule |
| S27.0 | (Datenschutz) | Traumatischer Pneumothorax |
| S27.1 | (Datenschutz) | Traumatischer Hämatothorax |
| S27.2 | (Datenschutz) | Traumatischer Hämatothorax |
| S27.38 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Lunge |
| S30.1 | (Datenschutz) | Prellung der Bauchdecke |
| S32.02 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 |
| S32.04 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L4 |
| S32.1 | (Datenschutz) | Fraktur des Os sacrum |
| S32.5 | (Datenschutz) | Fraktur des Os pubis |
| S32.89 | (Datenschutz) | Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens |
| S33.7 | (Datenschutz) | Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| S40.0 | (Datenschutz) | Prellung der Schulter und des Oberarmes |
| S42.01 | (Datenschutz) | Fraktur der Klavikula: Mediales Drittel |
| S42.02 | (Datenschutz) | Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel |
| S42.03 | (Datenschutz) | Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel |
| S42.23 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum |
| S42.3 | (Datenschutz) | Fraktur des Humerusschaftes |
| S42.43 | (Datenschutz) | Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus medialis |
| S43.00 | (Datenschutz) | Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet |
| S43.01 | (Datenschutz) | Luxation des Humerus nach vorne |
| S43.1 | (Datenschutz) | Luxation des Akromioklavikulargelenkes |
| S46.0 | (Datenschutz) | Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette |
| S46.2 | (Datenschutz) | Verletzung des Muskels und der Sehne an sonstigen Teilen des M. biceps brachii |
| S50.0 | (Datenschutz) | Prellung des Ellenbogens |
| S51.80 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Unterarmes |
| S52.02 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Processus coronoideus ulnae |
| S52.4 | (Datenschutz) | Fraktur des Ulna- und Radiusschaftes, kombiniert |
| S53.10 | (Datenschutz) | Luxation des Ellenbogens: Nicht näher bezeichnet |
| S61.0 | (Datenschutz) | Offene Wunde eines oder mehrerer Finger ohne Schädigung des Nagels |
| S62.61 | (Datenschutz) | Fraktur eines sonstigen Fingers: Proximale Phalanx |
| S62.63 | (Datenschutz) | Fraktur eines sonstigen Fingers: Distale Phalanx |
| S66.3 | (Datenschutz) | Verletzung der Streckmuskeln und -sehnen sonstiger Finger in Höhe des Handgelenkes und der Hand |
| S68.0 | (Datenschutz) | Traumatische Amputation des Daumens (komplett) (partiell) |
| S70.0 | (Datenschutz) | Prellung der Hüfte |
| S71.1 | (Datenschutz) | Offene Wunde des Oberschenkels |
| S72.04 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal |
| S72.05 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Basis |
| S72.08 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| S72.2 | (Datenschutz) | Subtrochantäre Fraktur |
| S72.43 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär |
| S72.44 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär |
| S76.1 | (Datenschutz) | Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris |
| S76.4 | (Datenschutz) | Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Muskeln und Sehnen in Höhe des Oberschenkels |
| S80.0 | (Datenschutz) | Prellung des Knies |
| S80.1 | (Datenschutz) | Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels |
| S81.9 | (Datenschutz) | Offene Wunde des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet |
| S82.11 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil) |
| S82.18 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige |
| S82.21 | (Datenschutz) | Fraktur des Tibiaschaftes: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil) |
| S82.31 | (Datenschutz) | Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil) |
| S82.5 | (Datenschutz) | Fraktur des Innenknöchels |
| S82.81 | (Datenschutz) | Bimalleolarfraktur |
| S82.82 | (Datenschutz) | Trimalleolarfraktur |
| S83.0 | (Datenschutz) | Luxation der Patella |
| S83.2 | (Datenschutz) | Meniskusriss, akut |
| S83.53 | (Datenschutz) | Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes |
| S86.0 | (Datenschutz) | Verletzung der Achillessehne |
| S92.3 | (Datenschutz) | Fraktur der Mittelfußknochen |
| S93.40 | (Datenschutz) | Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Teil nicht näher bezeichnet |
| S95.2 | (Datenschutz) | Verletzung von Venen des Fußrückens |
| T18.5 | (Datenschutz) | Fremdkörper in Anus und Rektum |
| T22.81 | (Datenschutz) | Verbrennung Grad 2b der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand: Unterarm und Ellenbogen |
| T23.21 | (Datenschutz) | Verbrennung Grad 2b des Handgelenkes und der Hand |
| T24.21 | (Datenschutz) | Verbrennung Grad 2b der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß |
| T78.2 | (Datenschutz) | Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet |
| T79.62 | (Datenschutz) | Traumatische Muskelischämie des Unterschenkels |
| T81.0 | (Datenschutz) | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert |
| T81.3 | (Datenschutz) | Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert |
| T81.4 | (Datenschutz) | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert |
| T81.8 | (Datenschutz) | Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| T82.7 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T84.05 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk |
| T84.14 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| T84.6 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation] |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 3-200 | 86 | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-203 | 86 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 9-984.7 | 83 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 8-800.c0 | 60 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 5-916.a1 | 59 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten |
| 5-983 | 59 | Reoperation |
| 9-984.8 | 58 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 3-225 | 43 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 9-984.b | 39 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 5-916.a0 | 36 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut |
| 8-930 | 36 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8-914.12 | 34 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule |
| 8-831.0 | 31 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 5-896.1e | 30 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie |
| 5-790.5f | 25 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal |
| 5-814.3 | 22 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes |
| 5-820.00 | 22 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert |
| 9-984.6 | 22 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 3-205 | 20 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 5-511.11 | 20 | Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge |
| 5-534.03 | 20 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen |
| 5-900.04 | 20 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf |
| 3-222 | 19 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 5-896.1b | 19 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion |
| 5-896.1f | 19 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel |
| 9-984.9 | 18 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 8-390.x | 17 | Lagerungsbehandlung: Sonstige |
| 8-980.0 | 17 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte |
| 5-794.k6 | 16 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal |
| 5-530.31 | 15 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] |
| 8-191.00 | 15 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad |
| 3-206 | 14 | Native Computertomographie des Beckens |
| 5-470.11 | 14 | Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler) |
| 5-530.33 | 14 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) |
| 5-850.d6 | 14 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Bauchregion |
| 5-932.43 | 14 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ² |
| 5-800.3g | 13 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Hüftgelenk |
| 8-190.21 | 13 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage |
| 5-469.20 | 12 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch |
| 8-914.02 | 12 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Lendenwirbelsäule |
| 3-802 | 11 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-916.a5 | 11 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums |
| 5-932.12 | 11 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 50 cm ² bis unter 100 cm ² |
| 3-202 | 10 | Native Computertomographie des Thorax |
| 5-490.1 | 10 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision |
| 5-820.41 | 10 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 5-894.1b | 10 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Bauchregion |
| 8-190.20 | 10 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage |
| 1-632.0 | 9 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 5-800.2g | 9 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Hüftgelenk |
| 5-810.20 | 9 | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humero-glenoidalgelenk |
| 8-800.c1 | 9 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE |
| 1-854.6 | 8 | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Hüftgelenk |
| 3-207 | 8 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 5-469.21 | 8 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch |
| 5-812.5 | 8 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell |
| 5-83a.x | 8 | Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Sonstige |
| 5-850.d9 | 8 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel |
| 5-931.0 | 8 | Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material |
| 8-190.23 | 8 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage |
| 8-191.x | 8 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige |
| 8-917.12 | 8 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Brustwirbelsäule |
| 3-806 | 7 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 5-780.6g | 7 | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Femurschaft |
| 5-793.3r | 7 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal |
| 5-793.k6 | 7 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal |
| 5-812.k1 | 7 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Akromioklavikulargelenk |
| 5-824.21 | 7 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers |
| 5-894.1c | 7 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion |
| 5-896.0f | 7 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Unterschenkel |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 8-020.5 | 7 | Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel |
| 8-191.5 | 7 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband |
| 8-201.0 | 7 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk |
| 8-917.13 | 7 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule |
| 1-653 | 6 | Diagnostische Proktoskopie |
| 5-812.eh | 6 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk |
| 5-850.b6 | 6 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Bauchregion |
| 5-900.1e | 6 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberschenkel und Knie |
| 3-035 | 5 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung |
| 3-841 | 5 | Magnetresonanz-Myelographie |
| 5-545.0 | 5 | Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz) |
| 5-821.0 | 5 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Revision (ohne Wechsel) |
| 5-895.0b | 5 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Bauchregion |
| 5-932.72 | 5 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ² |
| 8-158.h | 5 | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk |
| 8-201.g | 5 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk |
| 8-701 | 5 | Einfache endotracheale Intubation |
| 1-440.a | 4 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 1-654.1 | 4 | Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument |
| 3-220 | 4 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 5-469.00 | 4 | Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch |
| 5-493.5 | 4 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler |
| 5-534.1 | 4 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss |
| 5-541.1 | 4 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage |
| 5-549.x | 4 | Andere Bauchoperationen: Sonstige |
| 5-780.6h | 4 | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Femur distal |
| 5-793.kr | 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal |
| 5-794.k1 | 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-794.kh | 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femur distal |
| 5-794.kr | 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal |
| 5-800.30 | 4 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Humero Glenoidgelenk |
| 5-800.3h | 4 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Kniegelenk |
| 5-811.0h | 4 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk |
| 5-811.1h | 4 | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk |
| 5-814.7 | 4 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne |
| 5-820.01 | 4 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert |
| 5-855.18 | 4 | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide: Naht einer Sehne, primär: Oberschenkel und Knie |
| 5-86a.00 | 4 | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Zwei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen |
| 5-892.1e | 4 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Oberschenkel und Knie |
| 5-895.0f | 4 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Unterschenkel |
| 8-020.4 | 4 | Therapeutische Injektion: Bänder, Sehnen oder Bindegewebe |
| 8-144.2 | 4 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter |
| 8-176.2 | 4 | Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage) |
| 8-200.6 | 4 | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Radius distal |
| 8-547.31 | 4 | Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform |
| 8-980.10 | 4 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte |
| 9-984.a | 4 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 1-440.7 | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major |
| 1-504.6 | (Datenschutz) | Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln durch Inzision: Hüftgelenk |
| 1-586.6 | (Datenschutz) | Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal |
| 1-620.00 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen |
| 1-620.01 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 1-635.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Jejunoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Dünndarm |
| 1-642 | (Datenschutz) | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege |
| 1-650.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 1-697.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk |
| 1-844 | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 1-854.7 | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk |
| 1-992.2 | (Datenschutz) | Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen: Analyse von 3 bis 12 genetischen Alterationen |
| 3-052 | (Datenschutz) | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 3-13b | (Datenschutz) | Magen-Darm-Passage (fraktioniert) |
| 3-13d.5 | (Datenschutz) | Urographie: Retrograd |
| 3-223 | (Datenschutz) | Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-226 | (Datenschutz) | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 3-228 | (Datenschutz) | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 3-820 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-821 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-825 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-843.0 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung |
| 5-041.3 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Arm |
| 5-056.3 | (Datenschutz) | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm |
| 5-056.40 | (Datenschutz) | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch |
| 5-340.0 | (Datenschutz) | Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch |
| 5-389.a6 | (Datenschutz) | Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß |
| 5-399.5 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-399.7 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-406.9 | (Datenschutz) | Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Mesenterial |
| 5-407.6 | (Datenschutz) | Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Abdominal, offen chirurgisch |
| 5-454.12 | (Datenschutz) | Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Jejunums: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch |
| 5-454.20 | (Datenschutz) | Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Ileums: Offen chirurgisch |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-454.50 | (Datenschutz) | Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Jejunums: Offen chirurgisch |
| 5-454.60 | (Datenschutz) | Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Ileums: Offen chirurgisch |
| 5-454.62 | (Datenschutz) | Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Ileums: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch |
| 5-454.x | (Datenschutz) | Resektion des Dünndarmes: Sonstige |
| 5-455.02 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss |
| 5-455.41 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose |
| 5-455.61 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit Anastomose |
| 5-455.71 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit Anastomose |
| 5-455.73 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata |
| 5-455.75 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose |
| 5-455.c1 | (Datenschutz) | Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose |
| 5-459.0 | (Datenschutz) | Bypass-Anastomose des Darmes: Dünndarm zu Dünndarm |
| 5-459.2 | (Datenschutz) | Bypass-Anastomose des Darmes: Dünndarm zu Dickdarm |
| 5-465.1 | (Datenschutz) | Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas: Ileostoma |
| 5-466.1 | (Datenschutz) | Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata: Ileostoma |
| 5-466.2 | (Datenschutz) | Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata: Kolostoma |
| 5-469.10 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Offen chirurgisch |
| 5-469.80 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Offen chirurgisch |
| 5-470.2 | (Datenschutz) | Appendektomie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch |
| 5-471.0 | (Datenschutz) | Simultane Appendektomie: Während einer Laparotomie aus anderen Gründen |
| 5-482.80 | (Datenschutz) | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, lokal: Peranal |
| 5-482.82 | (Datenschutz) | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, lokal: Endoskopisch-mikrochirurgisch |
| 5-482.b0 | (Datenschutz) | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, mit Stapler, peranal: Zirkulär [Manschettenresektion] |
| 5-484.31 | (Datenschutz) | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Offen chirurgisch mit Anastomose |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-484.32 | (Datenschutz) | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss |
| 5-486.6 | (Datenschutz) | Rekonstruktion des Rektums: Extraanale Mukosaresektion (Rehn-Delorme) |
| 5-490.0 | (Datenschutz) | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision |
| 5-491.2 | (Datenschutz) | Operative Behandlung von Analfisteln: Fadendrainage |
| 5-492.01 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief |
| 5-493.0 | (Datenschutz) | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur |
| 5-493.2 | (Datenschutz) | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan) |
| 5-511.01 | (Datenschutz) | Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge |
| 5-511.21 | (Datenschutz) | Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge |
| 5-513.1 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie) |
| 5-513.20 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen |
| 5-513.21 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter |
| 5-513.22 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit mechanischer Lithotripsie |
| 5-530.34 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior) |
| 5-530.71 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] |
| 5-530.73 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) |
| 5-531.31 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] |
| 5-534.01 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste |
| 5-534.33 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM] |
| 5-535.1 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss |
| 5-535.33 | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM] |
| 5-536.44 | (Datenschutz) | Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandersatz |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-536.45 | (Datenschutz) | Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM] |
| 5-536.47 | (Datenschutz) | Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik |
| 5-540.0 | (Datenschutz) | Inzision der Bauchwand: Exploration |
| 5-540.x | (Datenschutz) | Inzision der Bauchwand: Sonstige |
| 5-541.0 | (Datenschutz) | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie |
| 5-541.2 | (Datenschutz) | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie |
| 5-542.0 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand: Exzision |
| 5-542.3 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand: Destruktion |
| 5-543.20 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: Partiiell |
| 5-543.21 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: (Sub-)total |
| 5-543.x | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Sonstige |
| 5-546.3 | (Datenschutz) | Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Omentumplastik |
| 5-547.0 | (Datenschutz) | Resektion von Gewebe in der Bauchregion ohne sichere Organzuordnung: Intraperitoneal |
| 5-549.5 | (Datenschutz) | Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage |
| 5-572.1 | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan |
| 5-578.00 | (Datenschutz) | Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch |
| 5-780.01 | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Humerus proximal |
| 5-780.4f | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Femur proximal |
| 5-780.4h | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Femur distal |
| 5-780.4k | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Tibia proximal |
| 5-780.4u | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Tarsale |
| 5-780.63 | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Humerus distal |
| 5-780.6c | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Hand |
| 5-780.6f | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Femur proximal |
| 5-780.6n | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tibia distal |
| 5-780.6w | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-781.1u | (Datenschutz) | Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Tarsale |
| 5-781.an | (Datenschutz) | Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Tibia distal |
| 5-782.24 | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung: Radius proximal |
| 5-782.a1 | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Humerus proximal |
| 5-782.xm | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Sonstige: Tibiaschaft |
| 5-783.0d | (Datenschutz) | Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken |
| 5-783.6h | (Datenschutz) | Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Femur distal |
| 5-784.00 | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Klavikula |
| 5-784.6h | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Knorpel-Knochen-Transplantation, allogene: Femur distal |
| 5-785.1d | (Datenschutz) | Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Knochenzement mit Antibiotikumzusatz: Becken |
| 5-785.1f | (Datenschutz) | Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Knochenzement mit Antibiotikumzusatz: Femur proximal |
| 5-786.0 | (Datenschutz) | Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube |
| 5-786.1 | (Datenschutz) | Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage |
| 5-786.k | (Datenschutz) | Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte |
| 5-787.0n | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Tibia distal |
| 5-787.0w | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Fuß |
| 5-787.1g | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femurschaft |
| 5-787.1r | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal |
| 5-787.27 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal |
| 5-787.2f | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal |
| 5-787.3n | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tibia distal |
| 5-787.3r | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal |
| 5-787.61 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Humerus proximal |
| 5-787.6f | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Femur proximal |
| 5-787.6k | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Tibia proximal |
| 5-787.6n | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Tibia distal |
| 5-787.k0 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula |
| 5-787.k1 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus proximal |
| 5-787.k7 | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulna proximal |
| 5-787.kg | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femurschaft |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-787.kh | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femur distal |
| 5-787.kv | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metatarsale |
| 5-788.00 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I |
| 5-788.40 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles |
| 5-788.51 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie |
| 5-788.56 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I |
| 5-788.5c | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal |
| 5-788.5e | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie |
| 5-788.60 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I |
| 5-788.66 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk |
| 5-788.67 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 2 Gelenke |
| 5-788.70 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Naht oder Plastik der plantaren Platte eines Metatarsophalangealgelenkes: Naht, 1 Gelenk |
| 5-788.x | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Sonstige |
| 5-78a.1w | (Datenschutz) | Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Fuß |
| 5-78a.k0 | (Datenschutz) | Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Klavikula |
| 5-78a.kv | (Datenschutz) | Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale |
| 5-790.0e | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals |
| 5-790.0k | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tibia proximal |
| 5-790.12 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerusschaft |
| 5-790.16 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal |
| 5-790.1c | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand |
| 5-790.1v | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale |
| 5-790.25 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-790.28 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft |
| 5-790.29 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulna distal |
| 5-790.4e | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Schenkelhals |
| 5-790.4f | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal |
| 5-790.51 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Humerus proximal |
| 5-790.52 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Humerusschaft |
| 5-790.5e | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals |
| 5-790.8e | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals |
| 5-791.1g | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft |
| 5-792.kg | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femurschaft |
| 5-793.01 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Humerus proximal |
| 5-793.0n | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Tibia distal |
| 5-793.14 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius proximal |
| 5-793.17 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulna proximal |
| 5-793.1n | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal |
| 5-793.1r | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal |
| 5-793.27 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal |
| 5-793.2h | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur distal |
| 5-793.2j | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Patella |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-793.2n | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal |
| 5-793.36 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius distal |
| 5-793.af | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal |
| 5-793.k7 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Ulna proximal |
| 5-794.04 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius proximal |
| 5-794.06 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius distal |
| 5-794.0n | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal |
| 5-794.0r | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal |
| 5-794.16 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal |
| 5-794.17 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal |
| 5-794.1f | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal |
| 5-794.1n | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal |
| 5-794.21 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Humerus proximal |
| 5-794.24 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius proximal |
| 5-794.26 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius distal |
| 5-794.2r | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal |
| 5-794.5h | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Femur distal |
| 5-794.ae | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals |
| 5-794.af | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal |
| 5-794.b1 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Humerus proximal |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-794.bf | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur proximal |
| 5-794.g9 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna distal |
| 5-794.k3 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus distal |
| 5-794.k4 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius proximal |
| 5-794.kk | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibia proximal |
| 5-794.n3 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Humerus distal |
| 5-795.2c | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand |
| 5-795.2v | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale |
| 5-795.k0 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula |
| 5-795.kc | (Datenschutz) | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Hand |
| 5-796.1c | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand |
| 5-796.k0 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula |
| 5-79b.11 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Akromioklavikulargelenk |
| 5-79b.2p | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Tarsometatarsalgelenk |
| 5-79b.h0 | (Datenschutz) | Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-800.00 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-800.1g | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Hüftgelenk |
| 5-800.20 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-800.3q | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Metatarsophalangealgelenk |
| 5-800.44 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Humeroulnargelenk |
| 5-800.4g | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk |
| 5-800.7h | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Kniegelenk |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-800.ag | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk |
| 5-800.aq | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Metatarsophalangealgelenk |
| 5-801.ah | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk |
| 5-801.xr | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Zehengelenk |
| 5-802.5 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des medialen Kapselbandapparates mit Eingriff am Meniskus |
| 5-804.5 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella |
| 5-805.6 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale |
| 5-805.7 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht |
| 5-805.8 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Sehnenverlagerung |
| 5-805.a | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Implantat |
| 5-807.71 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Naht des lateralen Kapselbandapparates |
| 5-807.73 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates |
| 5-808.a4 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach |
| 5-808.b0 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk |
| 5-810.10 | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-810.11 | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Akromioklavikulargelenk |
| 5-810.1h | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Kniegelenk |
| 5-810.21 | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Akromioklavikulargelenk |
| 5-810.40 | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroglenoidalgelenk |
| 5-810.9h | (Datenschutz) | Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk |
| 5-811.2h | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-811.41 | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Akromioklavikulargelenk |
| 5-812.9h | (Datenschutz) | Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Kniegelenk |
| 5-813.4 | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne |
| 5-813.9 | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Durchtrennung der Kniegelenkscapsel (Lateral release) |
| 5-814.e | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Obere Kapselplastik |
| 5-814.x | (Datenschutz) | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige |
| 5-819.00 | (Datenschutz) | Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Humeroglenoidgelenk |
| 5-819.01 | (Datenschutz) | Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Akromioklavikulargelenk |
| 5-819.10 | (Datenschutz) | Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenoidgelenk |
| 5-820.21 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert |
| 5-820.30 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert |
| 5-820.40 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert |
| 5-820.51 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Gelenkpfannenstützschale: Zementiert |
| 5-821.18 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes |
| 5-821.25 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes |
| 5-821.2a | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel |
| 5-821.31 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. |
| 5-821.41 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. |
| 5-821.7 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Totalendoprothese |
| 5-821.9 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Duokopfprothese |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-821.e | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Totalendoprothese, Sonderprothese |
| 5-821.f3 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. |
| 5-823.7 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer bikondylären Oberflächenersatzprothese |
| 5-823.b0 | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Nur Inlaywechsel |
| 5-825.kx | (Datenschutz) | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilwechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: Sonstige Teile |
| 5-826.2 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Vorfuß- oder Zehenendoprothese |
| 5-829.8 | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik an Gelenken des Fußes |
| 5-829.9 | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese) |
| 5-829.g | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Entfernung von Abstandshaltern |
| 5-829.j0 | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von beschichteten Endoprothesen oder beschichteten Abstandshaltern: Mit Medikamentenbeschichtung |
| 5-829.n | (Datenschutz) | Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation |
| 5-840.31 | (Datenschutz) | Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Beugesehnen Langfinger |
| 5-840.49 | (Datenschutz) | Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Sehnenscheiden Hohlhand |
| 5-840.61 | (Datenschutz) | Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Beugesehnen Langfinger |
| 5-840.64 | (Datenschutz) | Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger |
| 5-840.81 | (Datenschutz) | Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Langfinger |
| 5-840.89 | (Datenschutz) | Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Sehnenscheiden Hohlhand |
| 5-841.13 | (Datenschutz) | Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Mittelhand |
| 5-841.14 | (Datenschutz) | Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger |
| 5-841.16 | (Datenschutz) | Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger |
| 5-842.2 | (Datenschutz) | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie partiell, Hohlhand isoliert |
| 5-842.41 | (Datenschutz) | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit 1 Neurolyse: Mehrere Finger |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-842.51 | (Datenschutz) | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen: Mehrere Finger |
| 5-842.90 | (Datenschutz) | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Exploration: Ein Finger |
| 5-842.91 | (Datenschutz) | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Exploration: Mehrere Finger |
| 5-850.07 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Leisten- und Genitalregion und Gesäß |
| 5-850.08 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Oberschenkel und Knie |
| 5-850.09 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Unterschenkel |
| 5-850.b1 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Schulter und Axilla |
| 5-850.b2 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-850.b9 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Unterschenkel |
| 5-850.d7 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß |
| 5-850.d8 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie |
| 5-851.12 | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-851.1a | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß |
| 5-851.a9 | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, perkutan: Unterschenkel |
| 5-852.a6 | (Datenschutz) | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Bauchregion |
| 5-852.b9 | (Datenschutz) | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartimentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Unterschenkel |
| 5-853.11 | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Schulter und Axilla |
| 5-853.18 | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Oberschenkel und Knie |
| 5-853.48 | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Oberschenkel und Knie |
| 5-855.19 | (Datenschutz) | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel |
| 5-855.b8 | (Datenschutz) | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Oberschenkel und Knie |
| 5-856.06 | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Faszien: Naht: Bauchregion |
| 5-856.08 | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Faszien: Naht: Oberschenkel und Knie |
| 5-856.a6 | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Faszien: Deckung eines Defektes mit allogenen Material: Bauchregion |
| 5-859.12 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-859.18 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-860.6 | (Datenschutz) | Replantation obere Extremität: Replantation eines Fingers |
| 5-865.8 | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion |
| 5-869.1 | (Datenschutz) | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend |
| 5-86a.01 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen |
| 5-86a.02 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Vier Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen |
| 5-86a.10 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Zwei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen |
| 5-86a.11 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Drei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen |
| 5-892.07 | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-892.08 | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterarm |
| 5-892.09 | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Hand |
| 5-892.0b | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Bauchregion |
| 5-892.0c | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Leisten- und Genitalregion |
| 5-892.0d | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Gesäß |
| 5-892.0e | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Oberschenkel und Knie |
| 5-892.0f | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterschenkel |
| 5-892.17 | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-892.1b | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Bauchregion |
| 5-892.1f | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Unterschenkel |
| 5-892.2c | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Entfernung eines Fremdkörpers: Leisten- und Genitalregion |
| 5-892.3e | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Oberschenkel und Knie |
| 5-892.4e | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Entfernung eines Medikamententrägers: Oberschenkel und Knie |
| 5-894.06 | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Schulter und Axilla |
| 5-894.09 | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Hand |
| 5-894.0b | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Bauchregion |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-894.0e | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Oberschenkel und Knie |
| 5-894.0g | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Fuß |
| 5-894.1a | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken |
| 5-894.1f | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Unterschenkel |
| 5-895.06 | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Schulter und Axilla |
| 5-895.0a | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Brustwand und Rücken |
| 5-895.0c | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion |
| 5-895.0d | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Gesäß |
| 5-895.2e | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Oberschenkel und Knie |
| 5-895.2f | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterschenkel |
| 5-895.6c | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision von Schweißdrüsen, radikal: Leisten- und Genitalregion |
| 5-896.06 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Schulter und Axilla |
| 5-896.09 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Hand |
| 5-896.0a | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Brustwand und Rücken |
| 5-896.0c | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Leisten- und Genitalregion |
| 5-896.0e | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Oberschenkel und Knie |
| 5-896.0g | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Fuß |
| 5-896.16 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Schulter und Axilla |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-896.17 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-896.19 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand |
| 5-896.1a | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken |
| 5-896.1g | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß |
| 5-896.2b | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Bauchregion |
| 5-896.2e | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Oberschenkel und Knie |
| 5-897.0 | (Datenschutz) | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision |
| 5-897.10 | (Datenschutz) | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Mittelliniennaht |
| 5-897.12 | (Datenschutz) | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Verschiebe-Rotations-Plastik |
| 5-897.1x | (Datenschutz) | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Sonstige |
| 5-898.6 | (Datenschutz) | Operationen am Nagelorgan: Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes |
| 5-900.07 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-900.08 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterarm |
| 5-900.09 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Hand |
| 5-900.0a | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Brustwand und Rücken |
| 5-900.0b | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Bauchregion |
| 5-900.0g | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Fuß |
| 5-900.16 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Schulter und Axilla |
| 5-900.17 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-900.1a | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Brustwand und Rücken |
| 5-900.1b | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion |
| 5-900.1f | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Unterschenkel |
| 5-900.xb | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sonstige: Bauchregion |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-900.xf | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sonstige: Unterschenkel |
| 5-901.0e | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle: Spalthaut: Oberschenkel und Knie |
| 5-902.4b | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Bauchregion |
| 5-902.4f | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel |
| 5-903.19 | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Hand |
| 5-903.5f | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Unterschenkel |
| 5-903.67 | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-903.9e | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Oberschenkel und Knie |
| 5-915.09 | (Datenschutz) | Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Elektrokaustik, kleinflächig: Hand |
| 5-916.a3 | (Datenschutz) | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen |
| 5-921.04 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut) |
| 5-921.06 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Schulter und Axilla |
| 5-921.08 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Unterarm |
| 5-921.09 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Hand |
| 5-921.0a | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Abtragen einer Hautblase: Brustwand |
| 5-932.11 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm ² bis unter 50 cm ² |
| 5-932.13 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ² |
| 5-932.17 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 500 cm ² bis unter 750 cm ² |
| 5-932.22 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material: 50 cm ² bis unter 100 cm ² |
| 5-932.40 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: Weniger als 10 cm ² |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-932.41 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ² |
| 5-932.42 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ² |
| 5-932.63 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit Titanbeschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ² |
| 5-932.71 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ² |
| 5-932.73 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ² |
| 5-932.75 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung: 300 cm ² bis unter 400 cm ² |
| 5-932.76 | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung: 400 cm ² bis unter 500 cm ² |
| 5-98c.0 | (Datenschutz) | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung |
| 5-98c.2 | (Datenschutz) | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt |
| 8-018.2 | (Datenschutz) | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 8-020.8 | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse |
| 8-132.2 | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend |
| 8-133.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 8-137.00 | (Datenschutz) | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral |
| 8-144.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig |
| 8-154.2 | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Bauchraumes: Gallenblase |
| 8-159.x | (Datenschutz) | Andere therapeutische perkutane Punktion: Sonstige |
| 8-176.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage) |
| 8-178.h | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung eines Gelenkes: Kniegelenk |
| 8-179.3 | (Datenschutz) | Andere therapeutische Spülungen: Instillationsbehandlung bei Vakuumtherapie |
| 8-190.22 | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage |
| 8-191.10 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-191.20 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad |
| 8-192.1b | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Bauchregion |
| 8-192.1f | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel |
| 8-200.1 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Humerus proximal |
| 8-201.4 | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroulnargelenk |
| 8-201.u | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Ellenbogengelenk n.n.bez. |
| 8-390.1 | (Datenschutz) | Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage |
| 8-390.3 | (Datenschutz) | Lagerungsbehandlung: Lagerung bei Schienen |
| 8-500 | (Datenschutz) | Tamponade einer Nasenblutung |
| 8-550.1 | (Datenschutz) | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten |
| 8-607.4 | (Datenschutz) | Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems |
| 8-706 | (Datenschutz) | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8-771 | (Datenschutz) | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-800.cr | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 280 TE oder mehr |
| 8-800.g0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat |
| 8-803.2 | (Datenschutz) | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung |
| 8-812.51 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE |
| 8-812.60 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-831.2 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel |
| 8-854.71 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden |
| 8-910 | (Datenschutz) | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 8-914.10 | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Halswirbelsäule |
| 8-915 | (Datenschutz) | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-917.03 | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule |
| 8-917.10 | (Datenschutz) | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Kopfgelenken |
| 8-919 | (Datenschutz) | Komplexe Akutschmerzbehandlung |
| 8-920 | (Datenschutz) | EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h |
| 8-931.0 | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung |
| 8-980.11 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte |
| 8-980.20 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte |
| 8-980.30 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte |
| 8-987.11 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-98g.10 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 8-98g.11 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 8-98g.13 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |

Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| F33.2 | 82 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F33.1 | 70 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F43.2 | 37 | Anpassungsstörungen |
| F32.2 | 25 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F45.41 | 24 | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |
| F41.0 | 22 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| F32.1 | 20 | Mittelgradige depressive Episode |
| F43.1 | 15 | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F45.0 | 8 | Somatisierungsstörung |
| F41.2 | 6 | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F41.1 | 5 | Generalisierte Angststörung |

Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F42.2 | 5 | Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt |
| F61 | 4 | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen |
| F10.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
| F13.3 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom |
| F13.6 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom |
| F19.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch |
| F21 | (Datenschutz) | Schizotype Störung |
| F25.1 | (Datenschutz) | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv |
| F25.8 | (Datenschutz) | Sonstige schizoaffektive Störungen |
| F33.3 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen |
| F40.01 | (Datenschutz) | Agoraphobie: Mit Panikstörung |
| F41.3 | (Datenschutz) | Andere gemischte Angststörungen |
| F41.8 | (Datenschutz) | Sonstige spezifische Angststörungen |
| F42.0 | (Datenschutz) | Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang |
| F42.1 | (Datenschutz) | Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale] |
| F43.8 | (Datenschutz) | Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung |
| F44.4 | (Datenschutz) | Dissoziative Bewegungsstörungen |
| F44.6 | (Datenschutz) | Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen |
| F44.7 | (Datenschutz) | Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt |
| F45.1 | (Datenschutz) | Undifferenzierte Somatisierungsstörung |
| F45.2 | (Datenschutz) | Hypochondrische Störung |
| F45.30 | (Datenschutz) | Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem |
| F45.40 | (Datenschutz) | Anhaltende somatoforme Schmerzstörung |
| F45.8 | (Datenschutz) | Sonstige somatoforme Störungen |
| F50.08 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa |
| F50.9 | (Datenschutz) | Essstörung, nicht näher bezeichnet |
| F60.30 | (Datenschutz) | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ |
| F60.31 | (Datenschutz) | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ |
| F60.6 | (Datenschutz) | Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung |
| F60.8 | (Datenschutz) | Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 9-649.40 | 819 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.33 | 627 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-634 | 397 | Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 9-649.10 | 390 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-980.4 | 367 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A5 (Psychotherapie) |
| 9-649.31 | 241 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.11 | 194 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.32 | 162 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.41 | 125 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.20 | 118 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.51 | 115 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.50 | 110 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.13 | 107 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.34 | 95 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-607 | 93 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-649.12 | 88 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.35 | 70 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.52 | 53 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.14 | 45 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.53 | 39 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.15 | 27 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.30 | 20 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.21 | 19 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 9-649.54 | 17 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.0 | 16 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.16 | 15 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.7 | 11 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-649.36 | 7 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.37 | 7 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.17 | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 3-200 | 5 | Native Computertomographie des Schädels |
| 9-649.18 | 5 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.58 | 5 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 1-632.0 | 4 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 9-641.01 | 4 | Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag |
| 9-649.42 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.55 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.56 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 1-205 | (Datenschutz) | Elektromyographie [EMG] |
| 1-208.2 | (Datenschutz) | Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP] |
| 1-440.a | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 1-791 | (Datenschutz) | Kardiorespiratorische Polygraphie |
| 3-13e | (Datenschutz) | Miktionszystourethrographie |
| 3-202 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-203 | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-220 | (Datenschutz) | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-222 | (Datenschutz) | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 3-225 | (Datenschutz) | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-820 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 3-826 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 3-841 | (Datenschutz) | Magnetresonanz-Myelographie |
| 5-898.6 | (Datenschutz) | Operationen am Nagelorgan: Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes |
| 8-020.5 | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel |
| 8-191.00 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad |
| 8-191.5 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband |
| 8-98g.10 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 9-641.00 | (Datenschutz) | Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag |
| 9-649.19 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.1a | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 11 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.43 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.6 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 9-984.8 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-984.9 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |

Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| E11.74 | 186 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet |
| I70.25 | 68 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän |
| I70.22 | 65 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m |
| I87.21 | 53 | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration |
| L97 | 49 | Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert |
| I70.24 | 36 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration |
| E11.75 | 31 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet |
| T82.5 | 25 | Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen |
| E10.74 | 20 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet |

Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| I83.2 | 20 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung |
| I83.1 | 19 | Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung |
| I70.23 | 17 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz |
| I74.3 | 16 | Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten |
| N18.5 | 16 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 |
| A46 | 14 | Erysipel [Wundrose] |
| I83.9 | 12 | Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung |
| T82.8 | 12 | Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| L89.28 | 9 | Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität |
| I83.0 | 8 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration |
| I65.2 | 7 | Verschluss und Stenose der A. carotis |
| E10.75 | 6 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet |
| I70.21 | 6 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr |
| I87.01 | 6 | Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration |
| I80.28 | 4 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten |
| L98.4 | 4 | Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert |
| M20.5 | 4 | Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben) |
| A41.0 | (Datenschutz) | Sepsis durch Staphylococcus aureus |
| A41.4 | (Datenschutz) | Sepsis durch Anaerobier |
| A49.0 | (Datenschutz) | Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| A49.1 | (Datenschutz) | Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| C16.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C44.7 | (Datenschutz) | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte |
| C50.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse |
| C82.1 | (Datenschutz) | Folikuläres Lymphom Grad II |
| D18.08 | (Datenschutz) | Hämangiom: Sonstige Lokalisationen |
| E10.20 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.20 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.40 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.50 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.51 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| I10.01 | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I26.9 | (Datenschutz) | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I48.2 | (Datenschutz) | Vorhofflimmern, permanent |

Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| I65.0 | (Datenschutz) | Verschluss und Stenose der A. vertebralis |
| I70.20 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden |
| I70.26 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien |
| I70.29 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet |
| I72.3 | (Datenschutz) | Aneurysma und Dissektion der A. iliaca |
| I72.4 | (Datenschutz) | Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität |
| I73.1 | (Datenschutz) | Thrombangiitis obliterans [Endangiitis von-Winiwarter-Buerger] |
| I74.2 | (Datenschutz) | Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten |
| I80.1 | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis |
| I80.20 | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen |
| I87.20 | (Datenschutz) | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration |
| I89.08 | (Datenschutz) | Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert |
| I89.09 | (Datenschutz) | Lymphödem, nicht näher bezeichnet |
| I89.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten |
| J44.99 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| L02.4 | (Datenschutz) | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten |
| L03.11 | (Datenschutz) | Phlegmone an der unteren Extremität |
| L03.3 | (Datenschutz) | Phlegmone am Rumpf |
| L22 | (Datenschutz) | Windeldermatitis |
| L88 | (Datenschutz) | Pyoderma gangraenosum |
| L89.18 | (Datenschutz) | Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität |
| L89.24 | (Datenschutz) | Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein |
| L89.25 | (Datenschutz) | Dekubitus 3. Grades: Sitzbein |
| L89.27 | (Datenschutz) | Dekubitus 3. Grades: Ferse |
| L89.34 | (Datenschutz) | Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein |
| L89.37 | (Datenschutz) | Dekubitus 4. Grades: Ferse |
| L90.8 | (Datenschutz) | Sonstige atrophische Hautkrankheiten |
| L98.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut |
| M00.97 | (Datenschutz) | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M10.97 | (Datenschutz) | Gicht, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M17.0 | (Datenschutz) | Primäre Gonarthrose, beidseitig |
| M20.1 | (Datenschutz) | Hallux valgus (erworben) |
| M25.17 | (Datenschutz) | Gelenkfistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M32.9 | (Datenschutz) | Systemischer Lupus erythematoses, nicht näher bezeichnet |
| M34.1 | (Datenschutz) | CR(E)ST-Syndrom |
| M72.66 | (Datenschutz) | Nekrotisierende Faszitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M79.66 | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |

Diagnosen zu B-4.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| M86.46 | (Datenschutz) | Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M86.97 | (Datenschutz) | Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| Q66.0 | (Datenschutz) | Pes equinovarus congenitus |
| Q70.4 | (Datenschutz) | Polysyndaktylie |
| R02.06 | (Datenschutz) | Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel und Knie |
| R02.07 | (Datenschutz) | Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchelregion, Fuß und Zehen |
| S50.81 | (Datenschutz) | Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterarmes: Schürfwunde |
| S80.88 | (Datenschutz) | Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Sonstige |
| S81.80 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels |
| S82.81 | (Datenschutz) | Bimalleolarfraktur |
| S91.1 | (Datenschutz) | Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen ohne Schädigung des Nagels |
| T24.21 | (Datenschutz) | Verbrennung Grad 2b der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß |
| T24.3 | (Datenschutz) | Verbrennung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß |
| T81.0 | (Datenschutz) | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert |
| T81.4 | (Datenschutz) | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert |
| T81.8 | (Datenschutz) | Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| T82.7 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T84.16 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Knöchel und Fuß |
| T86.51 | (Datenschutz) | Nekrose eines Hauttransplantates |
| T87.4 | (Datenschutz) | Infektion des Amputationsstumpfes |
| T87.5 | (Datenschutz) | Nekrose des Amputationsstumpfes |
| Z45.20 | (Datenschutz) | Anpassung und Handhabung eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 8-191.x | 393 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige |
| 3-035 | 374 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung |
| 8-191.00 | 320 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad |
| 3-607 | 198 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten |
| 9-984.7 | 156 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 5-896.1f | 149 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel |
| 5-896.1g | 136 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß |
| 9-984.8 | 113 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 3-605 | 103 | Arteriographie der Gefäße des Beckens |
| 5-865.7 | 91 | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation |
| 8-83b.bx | 89 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons |
| 8-836.0s | 88 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel |
| 8-930 | 84 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 9-984.b | 65 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 5-851.2a | 55 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, perkutan: Fuß |
| 5-902.5f | 55 | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Unterschenkel |
| 5-913.bf | 51 | Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Unterschenkel |
| 5-381.70 | 49 | Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis |
| 8-800.c0 | 47 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 3-225 | 44 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 9-984.9 | 42 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 5-930.3 | 40 | Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen |
| 8-840.0s | 39 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel |
| 5-896.0g | 38 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Fuß |
| 8-836.0c | 36 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel |
| 9-984.6 | 36 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 5-916.a0 | 35 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut |
| 5-865.90 | 34 | Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Metatarsale (und Phalangen), bis zu zwei Strahlen |
| 5-866.5 | 33 | Revision eines Amputationsgebietes: Fußregion |
| 3-226 | 32 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 8-83b.c6 | 32 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker |
| 5-851.1a | 31 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß |
| 8-191.10 | 31 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 3-228 | 30 | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 8-854.2 | 27 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation |
| 5-865.8 | 25 | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion |
| 8-831.0 | 24 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 5-916.a1 | 22 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten |
| 5-930.00 | 22 | Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung |
| 8-310.x | 22 | Aufwendige Gipsverbände: Sonstige |
| 3-828 | 21 | Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 5-983 | 21 | Reoperation |
| 8-836.0q | 21 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin |
| 5-385.70 | 20 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna |
| 5-392.10 | 20 | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica |
| 5-393.55 | 20 | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorocrural |
| 8-980.0 | 20 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte |
| 5-851.19 | 19 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Unterschenkel |
| 5-984 | 19 | Mikrochirurgische Technik |
| 5-896.2g | 18 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fuß |
| 5-86a.10 | 17 | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Zwei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen |
| 8-190.20 | 17 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage |
| 5-896.1e | 16 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie |
| 3-200 | 15 | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-222 | 15 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 5-394.5 | 15 | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes |
| 5-930.4 | 15 | Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch |
| 8-83b.ax | 15 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse: Sonstige |
| 3-052 | 14 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 3-825 | 14 | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-82a | 14 | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 8-190.21 | 14 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage |
| 3-614 | 13 | Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches |
| 5-399.5 | 13 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 8-192.1g | 13 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß |
| 8-840.0q | 13 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin |
| 5-381.71 | 12 | Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris |
| 5-386.a6 | 12 | Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß |
| 8-83b.ba | 12 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen |
| 3-202 | 11 | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-601 | 11 | Arteriographie der Gefäße des Halses |
| 5-395.70 | 11 | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis |
| 8-144.2 | 11 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter |
| 8-192.1f | 11 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel |
| 3-600 | 10 | Arteriographie der intrakraniellen Gefäße |
| 5-386.ax | 10 | Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Sonstige |
| 5-393.54 | 10 | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, unterhalb des Kniegelenkes |
| 5-865.6 | 10 | Amputation und Exartikulation Fuß: Amputation transmetatarsal |
| 5-902.5g | 10 | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Fuß |
| 8-836.02 | 10 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm |
| 8-840.1s | 10 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: Arterien Oberschenkel |
| 3-990 | 9 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 5-380.70 | 9 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis |
| 5-381.72 | 9 | Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. poplitea |
| 5-394.2 | 9 | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates |
| 5-380.71 | 8 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 5-86a.12 | 8 | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Vier Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen |
| 5-902.4f | 8 | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel |
| 3-205 | 7 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-606 | 7 | Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten |
| 3-993 | 7 | Quantitative Bestimmung von Parametern |
| 5-380.72 | 7 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea |
| 5-788.00 | 7 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I |
| 5-800.2q | 7 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Metatarsophalangealgelenk |
| 5-864.5 | 7 | Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation mittlerer oder distaler Oberschenkel |
| 5-86a.11 | 7 | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Drei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen |
| 8-191.5 | 7 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband |
| 8-831.2 | 7 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel |
| 8-83b.9 | 7 | Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems |
| 8-840.0k | 7 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell |
| 3-207 | 6 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-220 | 6 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-604 | 6 | Arteriographie der Gefäße des Abdomens |
| 5-380.a1 | 6 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Schulter und Oberarm |
| 5-381.54 | 6 | Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa |
| 5-788.06 | 6 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale |
| 5-854.09 | 6 | Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Unterschenkel |
| 5-898.5 | 6 | Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, total |
| 5-913.bg | 6 | Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Fuß |
| 5-938.0 | 6 | Art der Beschichtung von Gefäßprothesen: Bioaktive Oberfläche |
| 8-192.3g | 6 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Fuß |
| 8-210 | 6 | Brisement force |
| 8-836.0k | 6 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis interna extrakraniell |
| 8-836.7c | 6 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Unterschenkel |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 8-840.0c | 6 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Unterschenkel |
| 8-987.11 | 6 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 3-206 | 5 | Native Computertomographie des Beckens |
| 5-380.54 | 5 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa |
| 5-380.a2 | 5 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Unterarm und Hand |
| 5-399.7 | 5 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-800.2r | 5 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Zehengelenk |
| 5-800.5q | 5 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Metatarsophalangealgelenk |
| 5-865.4 | 5 | Amputation und Exartikulation Fuß: Vorfußamputation nach Chopart |
| 5-865.5 | 5 | Amputation und Exartikulation Fuß: Mittelfußamputation nach Lisfranc |
| 5-892.0f | 5 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterschenkel |
| 5-892.0g | 5 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Fuß |
| 8-192.0g | 5 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Fuß |
| 8-701 | 5 | Einfache endotracheale Intubation |
| 8-836.7k | 5 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Arterien Oberschenkel |
| 8-987.10 | 5 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 1-502.6 | 4 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel |
| 1-632.0 | 4 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-223 | 4 | Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-821 | 4 | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 5-380.73 | 4 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese |
| 5-385.72 | 4 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva |
| 5-393.53 | 4 | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes |
| 5-394.1 | 4 | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose |
| 5-572.1 | 4 | Zystostomie: Perkutan |
| 5-800.3r | 4 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Zehengelenk |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-800.aq | 4 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Metatarsophalangealgelenk |
| 5-852.a9 | 4 | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Unterschenkel |
| 5-864.7 | 4 | Amputation und Exartikulation untere Extremität: Exartikulation im Knie |
| 5-866.4 | 4 | Revision eines Amputationsgebietes: Unterschenkelregion |
| 5-86a.14 | 4 | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Sechs oder mehr Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen |
| 5-892.1g | 4 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Fuß |
| 5-896.0f | 4 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Unterschenkel |
| 5-896.1c | 4 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion |
| 5-898.4 | 4 | Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, partiell |
| 5-98a.0 | 4 | Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie |
| 8-190.23 | 4 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage |
| 8-390.1 | 4 | Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage |
| 8-800.c1 | 4 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE |
| 8-831.5 | 4 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation |
| 8-840.1q | 4 | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin |
| 9-984.a | 4 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 1-266.0 | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher |
| 1-440.a | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 1-490.2 | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Oberarm und Ellenbogen |
| 1-490.3 | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Unterarm und Hand |
| 1-490.6 | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut: Unterschenkel |
| 1-502.7 | (Datenschutz) | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Fuß |
| 1-503.8 | (Datenschutz) | Biopsie an Knochen durch Inzision: Tarsale, Metatarsale und Phalangen Fuß |
| 1-589.x | (Datenschutz) | Biopsie an anderen Organen und Geweben durch Inzision: Sonstige |
| 1-620.00 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen |
| 1-620.01 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage |
| 1-650.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Partiiell |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 1-650.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 3-201 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Halses |
| 3-203 | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-208 | (Datenschutz) | Native Computertomographie der peripheren Gefäße |
| 3-227 | (Datenschutz) | Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 3-608 | (Datenschutz) | Superselektive Arteriographie |
| 3-613 | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße einer Extremität |
| 3-806 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-820 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-826 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 3-996 | (Datenschutz) | Anwendung eines 3D-Bildwandlers |
| 5-041.9 | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Fuß |
| 5-04a.2 | (Datenschutz) | Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lumbosakral |
| 5-280.x | (Datenschutz) | Transorale Inzision und Drainage eines pharyngealen oder parapharyngealen Abszesses: Sonstige |
| 5-311.0 | (Datenschutz) | Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie |
| 5-311.1 | (Datenschutz) | Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie |
| 5-378.07 | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder |
| 5-380.12 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis |
| 5-380.53 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis |
| 5-380.56 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Gefäßprothese |
| 5-380.80 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior |
| 5-380.81 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Aa. recurrentes |
| 5-380.83 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior |
| 5-380.84 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis |
| 5-380.87 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Gefäßprothese |
| 5-380.a5 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Oberschenkel |
| 5-380.a6 | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß |
| 5-381.20 | (Datenschutz) | Endarteriektomie: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris |
| 5-381.73 | (Datenschutz) | Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese |
| 5-381.80 | (Datenschutz) | Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-381.83 | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior |
| 5-381.84 | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis |
| 5-381.8x | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: Sonstige |
| 5-383.a2 | (Datenschutz) | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Unterarm und Hand |
| 5-385.2 | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Exzision |
| 5-385.4 | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff) |
| 5-385.82 | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossectomie: V. saphena parva |
| 5-385.90 | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna |
| 5-385.96 | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize |
| 5-386.a1 | (Datenschutz) | Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Schulter und Oberarm |
| 5-386.a5 | (Datenschutz) | Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel |
| 5-388.70 | (Datenschutz) | Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis |
| 5-388.9b | (Datenschutz) | Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. femoralis |
| 5-388.a6 | (Datenschutz) | Naht von Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß |
| 5-392.31 | (Datenschutz) | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof |
| 5-392.71 | (Datenschutz) | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Vorverlagerung einer Vene als selbständiger Eingriff: Vena cephalica |
| 5-392.x | (Datenschutz) | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Sonstige |
| 5-393.17 | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: Axillofemoral, extraanatomisch |
| 5-393.51 | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorofemoral |
| 5-393.56 | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropedal |
| 5-393.57 | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorofemoral, extraanatomisch |
| 5-393.61 | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. poplitea: Popliteocrural |
| 5-393.7 | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel |
| 5-394.0 | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Operative Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation |
| 5-394.3 | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Wechsel eines vaskulären Implantates |
| 5-394.6 | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shuntes |
| 5-395.12 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-395.71 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris |
| 5-395.72 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea |
| 5-395.73 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese |
| 5-395.80 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior |
| 5-395.83 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior |
| 5-395.87 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Gefäßprothese |
| 5-395.8x | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Sonstige |
| 5-395.a1 | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Schulter und Oberarm |
| 5-397.84 | (Datenschutz) | Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis |
| 5-399.6 | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) |
| 5-401.50 | (Datenschutz) | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung |
| 5-541.0 | (Datenschutz) | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie |
| 5-780.0n | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Tibia distal |
| 5-780.1m | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Tibiaschaft |
| 5-780.4u | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Tarsale |
| 5-780.4v | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Metatarsale |
| 5-780.6n | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tibia distal |
| 5-780.6t | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Kalkaneus |
| 5-780.6u | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tarsale |
| 5-780.7u | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Tarsale |
| 5-780.7w | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Phalangen Fuß |
| 5-780.7x | (Datenschutz) | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Sonstige |
| 5-781.9n | (Datenschutz) | Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibia distal |
| 5-781.9s | (Datenschutz) | Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Talus |
| 5-781.9t | (Datenschutz) | Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Kalkaneus |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-782.1m | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Tibiaschaft |
| 5-782.1s | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Talus |
| 5-782.1t | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Kalkaneus |
| 5-782.1u | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Tarsale |
| 5-782.1x | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Sonstige |
| 5-782.3n | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Weichteilresektion: Tibia distal |
| 5-782.3s | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Weichteilresektion: Talus |
| 5-782.at | (Datenschutz) | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Kalkaneus |
| 5-783.2n | (Datenschutz) | Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Tibia distal |
| 5-784.1s | (Datenschutz) | Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, offen chirurgisch: Talus |
| 5-786.8 | (Datenschutz) | Osteosyntheseverfahren: Durch Fixateur externe |
| 5-786.g | (Datenschutz) | Osteosyntheseverfahren: Durch intramedullären Draht |
| 5-787.1v | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale |
| 5-787.3r | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal |
| 5-787.9n | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Tibia distal |
| 5-787.xr | (Datenschutz) | Entfernung von Osteosynthesematerial: Sonstige: Fibula distal |
| 5-788.07 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 2 Ossa metatarsalia |
| 5-788.08 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 3 Ossa metatarsalia |
| 5-788.09 | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 4 Ossa metatarsalia |
| 5-788.0a | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus I |
| 5-788.0b | (Datenschutz) | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 1 Phalanx |
| 5-790.4f | (Datenschutz) | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal |
| 5-800.0r | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Zehengelenk |
| 5-800.2m | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Unteres Sprunggelenk |
| 5-800.3k | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Oberes Sprunggelenk |
| 5-800.3m | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Unteres Sprunggelenk |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-800.5m | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Unteres Sprunggelenk |
| 5-800.5n | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Tarsalgelenk |
| 5-800.5r | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Zehengelenk |
| 5-800.ak | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Oberes Sprunggelenk |
| 5-800.an | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Tarsalgelenk |
| 5-800.ar | (Datenschutz) | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Zehengelenk |
| 5-807.0 | (Datenschutz) | Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht eines Kapsel- oder Kollateralbandes |
| 5-809.2k | (Datenschutz) | Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Oberes Sprunggelenk |
| 5-820.41 | (Datenschutz) | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert |
| 5-850.68 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Oberschenkel und Knie |
| 5-850.b9 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Unterschenkel |
| 5-850.ca | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Fuß |
| 5-850.d9 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel |
| 5-850.da | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Fuß |
| 5-850.e9 | (Datenschutz) | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Unterschenkel |
| 5-851.18 | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Oberschenkel und Knie |
| 5-851.79 | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, perkutan: Unterschenkel |
| 5-851.89 | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Unterschenkel |
| 5-851.c8 | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Oberschenkel und Knie |
| 5-851.c9 | (Datenschutz) | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Unterschenkel |
| 5-852.09 | (Datenschutz) | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Unterschenkel |
| 5-852.0a | (Datenschutz) | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Fuß |
| 5-852.19 | (Datenschutz) | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Unterschenkel |
| 5-852.1a | (Datenschutz) | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Fuß |
| 5-854.xb | (Datenschutz) | Rekonstruktion von Sehnen: Sonstige: Rückfuß und Fußwurzel |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-857.89 | (Datenschutz) | Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Unterschenkel |
| 5-864.9 | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation proximaler Unterschenkel |
| 5-864.a | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation mittlerer Unterschenkel |
| 5-865.91 | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Metatarsale (und Phalangen), mehr als zwei Strahlen |
| 5-865.92 | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Fußwurzel [Tarsus] |
| 5-865.x | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Sonstige |
| 5-866.3 | (Datenschutz) | Revision eines Amputationsgebietes: Oberschenkelregion |
| 5-869.1 | (Datenschutz) | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend |
| 5-86a.00 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Zwei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen |
| 5-86a.13 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Fünf Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen |
| 5-892.0e | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Oberschenkel und Knie |
| 5-892.3f | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Unterschenkel |
| 5-892.3g | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Fuß |
| 5-892.4g | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Entfernung eines Medikamententrägers: Fuß |
| 5-894.07 | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-894.0c | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion |
| 5-894.0g | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Fuß |
| 5-894.1e | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Oberschenkel und Knie |
| 5-894.1g | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Fuß |
| 5-895.0g | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Fuß |
| 5-895.1g | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Fuß |
| 5-895.2f | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterschenkel |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-895.4f | (Datenschutz) | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Unterschenkel |
| 5-896.07 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-896.09 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Hand |
| 5-896.17 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-896.1b | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion |
| 5-896.1d | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß |
| 5-896.27 | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-896.2f | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Unterschenkel |
| 5-896.xf | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Sonstige: Unterschenkel |
| 5-898.6 | (Datenschutz) | Operationen am Nagelorgan: Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes |
| 5-900.08 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterarm |
| 5-900.0f | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterschenkel |
| 5-900.1c | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Leisten- und Genitalregion |
| 5-900.1e | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberschenkel und Knie |
| 5-900.1f | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Unterschenkel |
| 5-901.0e | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle: Spalthaut: Oberschenkel und Knie |
| 5-902.1f | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Unterschenkel |
| 5-902.57 | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Oberarm und Ellenbogen |
| 5-902.5e | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Oberschenkel und Knie |
| 5-903.1f | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Unterschenkel |
| 5-903.4g | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Fuß |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-903.6g | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Fuß |
| 5-903.9f | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Unterschenkel |
| 5-905.1g | (Datenschutz) | Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Fuß |
| 5-907.2f | (Datenschutz) | Revision einer Hautplastik: Revision einer lokalen Lappenplastik: Unterschenkel |
| 5-911.0e | (Datenschutz) | Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Oberschenkel und Knie |
| 5-913.be | (Datenschutz) | Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig: Oberschenkel und Knie |
| 5-913.xg | (Datenschutz) | Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Sonstige: Fuß |
| 5-916.0a | (Datenschutz) | Temporäre Weichteildeckung: Durch allogene Hauttransplantation, kleinflächig: Brustwand und Rücken |
| 5-916.1a | (Datenschutz) | Temporäre Weichteildeckung: Durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand und Rücken |
| 5-921.2e | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Epifasziale Nekrosektomie: Oberschenkel und Knie |
| 5-921.3f | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Unterschenkel |
| 5-925.0f | (Datenschutz) | Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Unterschenkel |
| 5-926.1e | (Datenschutz) | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Verschiebe-Rotations-Plastik: Oberschenkel und Knie |
| 5-930.01 | (Datenschutz) | Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Mit externer In-vitro-Aufbereitung |
| 8-020.c | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie |
| 8-128 | (Datenschutz) | Anwendung eines Stuhl drainagesystems |
| 8-132.3 | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich |
| 8-133.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 8-133.1 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung |
| 8-144.0 | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig |
| 8-152.1 | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle |
| 8-178.r | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung eines Gelenkes: Zehengelenk |
| 8-179.3 | (Datenschutz) | Andere therapeutische Spülungen: Instillationsbehandlung bei Vakuumtherapie |
| 8-190.22 | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage |
| 8-190.30 | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-190.42 | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): 15 bis 21 Tage |
| 8-191.21 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Mit Debridement-Bad |
| 8-192.07 | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen |
| 8-192.0e | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Oberschenkel und Knie |
| 8-192.17 | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Oberarm und Ellenbogen |
| 8-192.1c | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Leisten- und Genitalregion |
| 8-192.37 | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Oberarm und Ellenbogen |
| 8-192.3f | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Unterschenkel |
| 8-390.5 | (Datenschutz) | Lagerungsbehandlung: Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe |
| 8-390.x | (Datenschutz) | Lagerungsbehandlung: Sonstige |
| 8-500 | (Datenschutz) | Tamponade einer Nasenblutung |
| 8-506 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen |
| 8-547.31 | (Datenschutz) | Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform |
| 8-640.0 | (Datenschutz) | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) |
| 8-640.1 | (Datenschutz) | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation) |
| 8-706 | (Datenschutz) | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 8-771 | (Datenschutz) | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-800.c2 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE |
| 8-800.c3 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE |
| 8-800.c4 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-810.e8 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII: 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten |
| 8-832.0 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis: Legen |
| 8-836.00 | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße intrakraniell |
| 8-836.03 | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm |
| 8-836.08 | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Gefäße thorakal |
| 8-836.0e | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße |
| 8-836.8k | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Arterien Oberschenkel |
| 8-836.8m | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Venen Oberschenkel |
| 8-83b.bb | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen |
| 8-83b.c4 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe |
| 8-83b.c5 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker |
| 8-83b.f1 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 100 mm bis unter 150 mm |
| 8-83b.f3 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 200 mm bis unter 250 mm |
| 8-83c.70 | (Datenschutz) | Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Intraarterielle Spasmolyse an sonstigen Gefäßen: 1 Gefäß |
| 8-83c.fb | (Datenschutz) | Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Rotationsatherektomie: Gefäße Oberschenkel |
| 8-840.08 | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Gefäße thorakal |
| 8-840.0p | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. vertebralis extrakraniell |
| 8-840.0r | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Venen abdominal und pelvin |
| 8-840.2q | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin |
| 8-840.2s | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: Arterien Oberschenkel |
| 8-841.0p | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. vertebralis extrakraniell |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-841.0s | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel |
| 8-842.2s | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: Arterien Oberschenkel |
| 8-843.0s | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel |
| 8-84d.0s | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von aus Einzeldrähten verwobenen Nitinolstents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel |
| 8-854.70 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden |
| 8-854.71 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden |
| 8-854.72 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden |
| 8-854.73 | (Datenschutz) | Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden |
| 8-915 | (Datenschutz) | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |
| 8-920 | (Datenschutz) | EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h |
| 8-931.0 | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung |
| 8-932 | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes |
| 8-980.10 | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte |
| 8-987.13 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 8-98f.0 | (Datenschutz) | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte |
| 8-98f.11 | (Datenschutz) | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte |
| 8-98g.10 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 8-98g.11 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |

Prozeduren zu B-4.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-98g.12 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 8-98g.13 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |
| 8-98g.14 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage |
| 9-200.01 | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte |
| 9-200.1 | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte |
| 9-200.7 | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte |

Diagnosen zu B-5.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|-------------|
|------------|----------|-------------|

Prozeduren zu B-5.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|-------------|
|------------|----------|-------------|

Diagnosen zu B-6.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|-------------|
|------------|----------|-------------|

Prozeduren zu B-6.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|-------------|
|------------|----------|-------------|

Diagnosen zu B-7.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|-------------------------|
| J32.4 | 6 | Chronische Pansinusitis |
| J34.2 | 4 | Nasenseptumdeviation |

Prozeduren zu B-7.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 5-214.70 | 10 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik) |
| 5-215.3 | 10 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion |
| 5-224.63 | 5 | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation) |
| 5-215.4 | (Datenschutz) | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation |

Prozeduren zu B-7.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|-------------------|-----------------|---|
| 5-224.2 | (Datenschutz) | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal |

Disclaimer

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

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

PKV-Standorte

Köln

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

Büro Berlin

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

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