

Qualitätsbericht

für das Jahr 2022

Evangelisches Zentrum für Altersmedizin
GmbH

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
2022

Übermittelt am: 14.11.2023

Automatisiert erstellt am: 05.02.2024

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..... | 7 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 7 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 7 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 9 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 10 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 11 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... | 11 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 11 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses..... | 11 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 20 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 33 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 33 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 34 |
| B-1 | Innere Medizin / Vollstationäre Geriatrie mit Tagesklinik | 34 |
| B-2 | Innere Medizin / Geriatriische Tagesklinik..... | 44 |
| C | Qualitätssicherung..... | 52 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 52 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V..... | 87 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 87 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 87 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V..... | 87 |

| | | |
|------|--|-----------|
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 87 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 87 |
| C-8 | Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr | 88 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)..... | 89 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien..... | 89 |
| - | Anhang | 90 |
| | Diagnosen zu B-1.6 | 90 |
| | Prozeduren zu B-1.7 | 96 |
| | Diagnosen zu B-2.6 | 98 |
| | Prozeduren zu B-2.7 | 98 |

- Einleitung

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Anja Schulze |
| Telefon | 0331/2777-408 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | a.schulze@altersmedizin-potsdam.de |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts | |
|--|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Alexander Mommert |
| Telefon | 0331/2777-400 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | a.mommert@alexianer.de |

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.altersmedizin-potsdam.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.altersmedizin-potsdam.de/qualitaetsbericht.html>

| Link | Beschreibung |
|---|--------------|
| http://www.altersmedizin-potsdam.de | |

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|---|---|
| Krankenhausname | Evangelisches Zentrum für Altersmedizin GmbH |
| Hausanschrift | Weinbergstraße 18-19 14469 Potsdam |
| Zentrales Telefon | 0331/2777-0 |
| Zentrale E-Mail | info@altersmedizin-potsdam.de |
| Postanschrift | Weinbergstraße 18-19 14469 Potsdam |
| Institutionskennzeichen | 261200970 |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 773427000 |
| Standortnummer (alt) | 00 |
| URL | http://www.altersmedizin-potsdam.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Manuel Anhold, MaHM |
| Telefon | 0331/2777-402 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | m.anhold@altersmedizin-potsdam.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Dietlind Jander |
| Telefon | 0331/2777-406 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | d.jander@altersmedizin-potsdam.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Verwaltungsleiterin und Prokuristin |
| Titel, Vorname, Name | Corinna Roicke |
| Telefon | 0331/2777-405 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | c.roicke@altersmedizin-potsdam.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|--|
| Name | Evangelisches Zentrum für Altersmedizin GmbH |
| Art | Freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart | |
|----------------|--|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH, Neuruppin |

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | Regelmäßige Angebote zu verschiedenen Themen |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |

| | | |
|------|--|--|
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage | |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Individuelle Beratungen |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Verschiedene Angebote zu wichtigen Themen des Alters |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Angebot durch einen externen Kooperationspartner auf Anfrage |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker | Schulungen zu Themen der Ernährung und des Diabetes mellitus |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Umfangreiche, individuelle und multiprofessionelle Vorbereitung der Entlassung durch Mitarbeiter/-innen aller erforderlichen Berufsgruppen |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Individuelle Beratung und Information zur Versorgung älterer Menschen, insbesondere auch zu Themen der Demenz |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP25 | Massage | |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |

| | | |
|------|---|--|
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Individuell angepasste Maßnahmen durch umfangreich geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, an die Geriatrie angepasstes Palliativkonzept |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | |
| MP02 | Akupunktur | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|------|--|
| NM42 | Seelsorge | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | Kostenfreie Fernseher und Telefone am Bett aller Patientinnen und Patienten, Aufenthaltsräume mit kostenfreiem Getränkeangebot für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige |
| NM68 | Abschiedsraum | | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Weiterleitung in die entsprechenden Bereiche |
| Titel, Vorname, Name | Sekretariat EZA |
| Telefon | 0331/2777-400 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | info@altersmedizin-potsdam.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit |
|------|---|
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |
| BF24 | Diätische Angebote |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung |
| BF38 | Kommunikationshilfen |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten |
|------|--|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) |
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|------|---|
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|----|
| Betten | 76 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 878 |
| Teilstationäre Fallzahl | 208 |
| Ambulante Fallzahl | 0 |
| Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 21,48

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 21,48 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 21,48 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 10,46

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,46 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,46 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 17,37

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 17,37 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 17,37 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,26

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,26 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,26 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,93

Personal aufgeteilt nach:

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,93 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

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: 0,12

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 3,75

Personal aufgeteilt nach:

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

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

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

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 7,8

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,8 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,8 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita

Anzahl Vollkräfte: 20,77

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 20,77 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 20,77 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2,15

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,15 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,15 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 4,4

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Anzahl Vollkräfte: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,95

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,95 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,95 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 3,52

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,52 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,52 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 3,58

Personal aufgeteilt nach:

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | |
|--|--|
| Funktion | Qualitätsmanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Anja Schulze |
| Telefon | 0331/2777-408 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | a.schulze@altersmedizin-potsdam.de |

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführer, Verwaltungsleiterin, Chefarzt, Pflegedirektorin, Pflegedienstleiterin, Therapeutische Leiterin, Qualitätsmanagerin |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

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 | Qualitätsmanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Anja Schulze |
| Telefon | 0331/2777-408 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | a.schulze@altersmedizin-potsdam.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|---|---|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführer, Verwaltungsleiterin, Chefarzt, Pflegedirektorin, Pflegedienstleiterin, Therapeutische Leiterin, Qualitätsmanagerin |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |

| | | |
|------|---|--|
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | - Palliativbesprechungen - Arbeitsgruppen zu verschiedenen geriatricspezifischen Themen, Teambesprechungen, Interprofessionelle Fallbesprechungen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM-Handbuch Datum: 05.10.2022 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|--|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | halbjährlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Patientenarmbänder zur Patientenidentifikation für alle Patienten, wöchentliche interprofessionelle Fallbesprechungen, bereichsspezifische Schulungsangebote, Berücksichtigung altersspezifischer Anforderungen und Bedürfnisse bei der Modernisierung des vollstationären Bereiches |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 02.01.2023 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|--|-------------------|--|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 | |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 2 | Dr. med. Michael Schneider, Dr. med. Manuel Anhold |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1 | Josephine Skilandat |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 2 | stationsübergreifend |

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

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|------------------------|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Manuel Anhold |
| Telefon | 0331/2777-402 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe | |
|---|---|
| Der Standard liegt vor | Am Standort werden keine Operationen durchgeführt |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| 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 Wundauflage | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|---|---------------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben | keine Intensivstation vorhanden |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen über alle Standorte | 27,00 |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |

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 | Nein |
| 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 |
|------|--|----------------------------|
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: MRSA-Netzwerk |
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND-KISS STATIONS-KISS |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | |

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 | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | |

Regelmäßige Einweiserbefragungen

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

Regelmäßige Patientenbefragungen

| | |
|--------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | http://www.altersmedizin-potsdam.de |
| Kommentar | |

| Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden | |
|--|---|
| Möglich | Ja |
| Link | http://www.altersmedizin-potsdam.de |
| Kommentar | Anonyme Meldemöglichkeiten nur im Krankenhaus, nicht online |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Anja Schulze |
| Telefon | 0331/2777-408 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | a.schulze@altersmedizin-potsdam.de |

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

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

| Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher | |
|--|--|
| Funktion | Patientenfürsprecherin |
| Titel, Vorname, Name | Katharina Schwarz |
| Telefon | 0331/2777-455 |
| Fax | 0331/2777-455 |
| E-Mail | k.schwarz@altersmedizin-potsdam.de |

| Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern | |
|---|-------|
| Kommentar | keine |

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? | Nein |
|--|------|

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person AMTS

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Manuel Anhold |
| Telefon | 0331/2777-402 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | m.anhold@altersmedizin-potsdam.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 1 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 1 |

Erläuterungen

Arzt mit Doppelapprobation

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, gegebenenfalls 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 | |
| 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) - Arbeitsanweisung/Handlungsanleitung zur Verabreichung von Medikamenten und die Überwachung der Einnahme insb. bei Patienten mit dementiellen Erkrankungen |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Intensive Vorbereitung der Entlassung, Absprachen und umfassende Information an nachbetreuende Einrichtungen; gezielte Informationen an Angehörige oder Zugehörige; Patientenschulung im Umgang mit z. B. Parenteralia, Insulin oder niedermolekularem Insulin |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | |

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

| | |
|---|------|
| Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen? | Nein |
|---|------|

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

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

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe

Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Nein

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?

Nein

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

Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Innere Medizin / Vollstationäre Geriatrie mit Tagesklinik

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Innere Medizin / Vollstationäre Geriatrie mit Tagesklinik"

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

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Manuel Anhold, MaHM |
| Telefon | 0331/2777-402 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | m.anhold@altersmedizin-potsdam.de |
| Straße/Nr | Weinbergstraße 18-19 |
| PLZ/Ort | 14469 Potsdam |
| Homepage | http://www.altersmedizin-potsdam.de |

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 |
|------|--|
| VI42 | Transfusionsmedizin |
| VI28 | Anthroposophische Medizin |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |

| | |
|------|--|
| VD07 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen |
| VD17 | Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| VN23 | Schmerztherapie |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge |
| VI39 | Physikalische Therapie |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |
| VI44 | Geriatrische Tagesklinik |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie |
| VU18 | Schmerztherapie |
| VR02 | Native Sonographie |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen |
| VI26 | Naturheilkunde |

| | |
|------|---|
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| VD20 | Wundheilungsstörungen |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen |
| VI40 | Schmerztherapie |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| VI38 | Palliativmedizin |
| VR04 | Duplexsonographie |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 878 |
| 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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,8

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,8 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,8 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,3

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen) | Kommentar |
|------|--|-------------------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | FA für Innere Medizin und Geriatrie |
| AQ63 | Allgemeinmedizin | |
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | |
| AQ01 | Anästhesiologie | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---|
| ZF50 | Balneologie und Medizinische Klimatologie |
| ZF02 | Akupunktur |
| ZF71 | Manuelle Medizin |
| ZF09 | Geriatric |
| ZF44 | Sportmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |
| ZF72 | Physikalische Therapie |
| ZF30 | Palliativmedizin |
| ZF27 | Naturheilverfahren |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung |
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 19,31 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 19,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,04

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,04 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,92

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 14,92 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 14,92 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,26

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,26 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,26 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,93

Personal aufgeteilt nach:

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,93 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ06 | Master |
| PQ20 | Praxisanleitung |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ01 | Bachelor |
| PQ02 | Diplom |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|-----------------------|
| ZP20 | Palliative Care |
| ZP02 | Bobath |
| ZP07 | Geriatric |
| ZP09 | Kontinenzmanagement |
| ZP06 | Ernährungsmanagement |
| ZP18 | Dekubitusmanagement |
| ZP05 | Entlassungsmanagement |
| ZP25 | Gerontopsychiatrie |
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP16 | Wundmanagement |
| ZP14 | Schmerzmanagement |

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-2 Innere Medizin / Geriatrische Tagesklinik

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Innere Medizin / Geriatrische Tagesklinik"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 0260 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Manuel Anhold, MaHM |
| Telefon | 0331/2777-402 |
| Fax | 0331/2777-444 |
| E-Mail | m.anhold@altersmedizin-potsdam.de |
| Straße/Nr | Weinbergstraße 18-19 |
| PLZ/Ort | 14469 Potsdam |
| Homepage | http://www.altersmedizin-potsdam.de |

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 |
|------|--|
| VR04 | Duplexsonographie |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |

| | |
|------|---|
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie |
| VI39 | Physikalische Therapie |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |
| VI40 | Schmerztherapie |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| VD20 | Wundheilungsstörungen |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems |

| | |
|------|--|
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| VD07 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| VR02 | Native Sonographie |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| VI28 | Anthroposophische Medizin |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| VU18 | Schmerztherapie |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |
| VI26 | Naturheilkunde |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen |
| VD17 | Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| VI38 | Palliativmedizin |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen |
| VN23 | Schmerztherapie |
| VI44 | Geriatrische Tagesklinik |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 208 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

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: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-------------------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | FA für Innere Medizin und Geriatrie |
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | |
| AQ63 | Allgemeinmedizin | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--|
| ZF27 | Naturheilverfahren |
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement |
| ZF02 | Akupunktur |
| ZF09 | Geriatrie |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF44 | Sportmedizin |
| ZF30 | Palliativmedizin |

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,17

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,17 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,17 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,42 | |
| Ambulant | 0 | |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,45 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ02 | Diplom |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ06 | Master |
| PQ01 | Bachelor |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|-----------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP16 | Wundmanagement |
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP14 | Schmerzmanagement |
| ZP05 | Entlassungsmanagement |
| ZP09 | Kontinenzmanagement |
| ZP07 | Geriatric |
| ZP02 | Bobath |

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

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 des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------|--|
| Herzschrittmacher-Implantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------|--|
| Geburtshilfe | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Dekubitusprophylaxe | 118 | 104,24 | |
| Herzchirurgie | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentations- rate (%) | Kommentar des Krankenhauses |
|--|----------|-----------------------------|--|
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Herztransplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar des Krankenhauses |
|---|----------|------------------------|--|
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatalogie | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebenspende | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Ambulant erworbene Pneumonie | 7 | 100,0 | |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [das Krankenhaus]

I. Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bereits vorliegt

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

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Indikators | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 99,02% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,00\%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,98 - 99,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 64,57 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 99,05% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,02 - 99,09% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,18% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,91 - 98,41% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 60,97 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,89% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,84 - 98,94% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 51,01 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,93% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,88 - 98,98% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,92% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,54 - 98,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p> |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 93,08% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,95 - 93,21% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 92,65% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,52 - 92,78% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Indikators | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 92,79% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00\%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,65 - 92,93% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 51,01 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 93,14% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,97 - 93,31% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 95,93% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,84 - 96,02% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 51,01 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 95,40% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,28 - 95,51% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,69% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,64 - 98,75% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 51,01 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,66% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,59 - 98,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 5,88 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U62) |

| | |
|--|-------------------------------------|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,97 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 1,91$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 0,99 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,11 - 10,64 |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,57 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,82 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 0,83 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,28 - 4,91 |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,66 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,65 - 0,67 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,62 |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 16,84% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,67 - 17,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Ergebnis-ID | 232008_231900 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 18,28% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 18,14 - 18,43% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Indikators | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 50722 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,71% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,00\%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,64 - 96,77% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 64,57 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar 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 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 100,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,57% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,49 - 96,66% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 51,01 - 100,00% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Dekubitusprophylaxe |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,66 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Dekubitusprophylaxe |
| Bezeichnung des Indikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Grundgesamtheit | 878 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 6,04 |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,18 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,68 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,17 - 1,19 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,26 - 1,70 |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Dekubitusprophylaxe |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 |
| Ergebnis-ID | 52326 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,46 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | 878 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,36% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,36 - 0,37% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,18 - 1,17% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Dekubitusprophylaxe |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 |
| Ergebnis-ID | 521801 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | 878 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,07% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,44% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Dekubitusprophylaxe |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet |
| Ergebnis-ID | 521800 |
| 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/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | |
| Grundgesamtheit | 878 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,01% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,44% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Dekubitusprophylaxe |
|--|--|
| Bezeichnung des Indikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung des Stellungnahmeverfahrens | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | 878 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 0,01% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,44% |
| Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene | |
| Kommentar des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

— (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) | 8 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 4 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 4 |

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------------------|---------------------|
| Geriatric | Tagesklinik Geriatric EZA | Tagschicht | 100,00% | 0 |
| Geriatric | Station 3 - Vollstationäre Geriatric | Nachtschicht | 100,00% | 0 |
| Geriatric | Station 3 - Vollstationäre Geriatric | Tagschicht | 100,00% | 0 |
| Geriatric | Station 2 - Vollstationäre Geriatric | Nachtschicht | 100,00% | 0 |
| Geriatric | Station 2 - Vollstationäre Geriatric | Tagschicht | 100,00% | 0 |
| Geriatric | Station 1 - Vollstationäre Geriatric | Nachtschicht | 100,00% | 1 |
| Geriatric | Station 1 - Vollstationäre Geriatric | Tagschicht | 100,00% | 0 |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Geriatric | Tagesklinik Geriatric EZA | Tagschicht | 97,65% |
| Geriatric | Station 3 - Vollstationäre Geriatric | Nachtschicht | 96,99% |
| Geriatric | Station 3 - Vollstationäre Geriatric | Tagschicht | 87,67% |
| Geriatric | Station 2 - Vollstationäre Geriatric | Nachtschicht | 99,18% |
| Geriatric | Station 2 - Vollstationäre Geriatric | Tagschicht | 93,70% |
| Geriatric | Station 1 - Vollstationäre Geriatric | Nachtschicht | 98,17% |
| Geriatric | Station 1 - Vollstationäre Geriatric | Tagschicht | 97,26% |

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

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

Arzneimittel für neuartige Therapien

| | |
|---|------|
| Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet? | Nein |
|---|------|

- **Anhang**

| Diagnosen zu B-1.6 | | |
|---------------------------|-----------------|--|
| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
| I50.13 | 100 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| R26.8 | 84 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität |
| R29.6 | 49 | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert |
| F05.1 | 39 | Delir bei Demenz |
| I63.5 | 33 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien |
| I50.01 | 19 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| M96.88 | 19 | Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen |
| N39.0 | 19 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| S72.11 | 17 | Femurfraktur: Intertrochantär |
| S72.01 | 16 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär |
| I50.14 | 13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| I63.4 | 13 | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien |
| J44.19 | 13 | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| S72.10 | 11 | Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet |
| I21.4 | 10 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| G30.8 | 9 | Sonstige Alzheimer-Krankheit |
| I63.3 | 9 | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| J12.8 | 9 | Pneumonie durch sonstige Viren |
| I70.25 | 8 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän |
| R26.3 | 8 | Immobilität |
| E86 | 7 | Volumenmangel |
| E87.1 | 6 | Hypoosmolalität und Hyponatriämie |
| G40.2 | 6 | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen |
| I61.0 | 6 | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal |
| J18.9 | 6 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| M48.06 | 6 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich |
| S30.0 | 6 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| S32.7 | 6 | Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| F05.0 | 5 | Delir ohne Demenz |
| G20.90 | 5 | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfuktuation |
| S22.06 | 5 | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 |
| S32.01 | 5 | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 |
| S32.1 | 5 | Fraktur des Os sacrum |
| F32.1 | 4 | Mittelgradige depressive Episode |
| G20.11 | 4 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfuktuation |
| M54.4 | 4 | Lumboischialgie |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| S06.5 | 4 | Traumatische subdurale Blutung |
| S32.5 | 4 | Fraktur des Os pubis |
| S70.0 | 4 | Prellung der Hüfte |
| S72.3 | 4 | Fraktur des Femurschaftes |
| S82.6 | 4 | Fraktur des Außenknöchels |
| A26.0 | (Datenschutz) | Haut-Erysipeloid |
| A41.0 | (Datenschutz) | Sepsis durch Staphylococcus aureus |
| A41.51 | (Datenschutz) | Sepsis: Escherichia coli [E. coli] |
| A46 | (Datenschutz) | Erysipel [Wundrose] |
| A49.9 | (Datenschutz) | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet |
| B02.2 | (Datenschutz) | Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems |
| B02.9 | (Datenschutz) | Zoster ohne Komplikation |
| B37.6 | (Datenschutz) | Candida-Endokarditis |
| C16.3 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum |
| C18.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon ascendens |
| C18.4 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon transversum |
| C18.7 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum |
| C19 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang |
| C20 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C24.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet |
| C25.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Pankreaskopf |
| C25.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet |
| C34.3 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus) |
| C54.1 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Endometrium |
| C64 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken |
| C68.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet |
| C78.0 | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge |
| D61.10 | (Datenschutz) | Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie |
| 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 |
| E11.73 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet |
| E11.74 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.75 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet |
| E87.0 | (Datenschutz) | Hyperosmolalität und Hybernatriämie |
| E87.6 | (Datenschutz) | Hypokaliämie |
| F06.3 | (Datenschutz) | Organische affektive Störungen |
| F10.6 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom |
| F32.2 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F32.3 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen |
| F41.2 | (Datenschutz) | Angst und depressive Störung, gemischt |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| F62.80 | (Datenschutz) | Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom |
| G06.1 | (Datenschutz) | Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulome |
| G11.2 | (Datenschutz) | Spät beginnende zerebellare Ataxie |
| G20.10 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G20.21 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation |
| G20.91 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation |
| G25.81 | (Datenschutz) | Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom] |
| G30.1 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn |
| G40.3 | (Datenschutz) | Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome |
| G40.6 | (Datenschutz) | Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal) |
| G40.9 | (Datenschutz) | Epilepsie, nicht näher bezeichnet |
| G45.92 | (Datenschutz) | Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G62.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien |
| G70.0 | (Datenschutz) | Myasthenia gravis |
| G91.20 | (Datenschutz) | Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus |
| I10.91 | (Datenschutz) | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I11.01 | (Datenschutz) | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I21.1 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand |
| I21.2 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen |
| I21.3 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| I21.9 | (Datenschutz) | Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet |
| I25.12 | (Datenschutz) | Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung |
| I26.0 | (Datenschutz) | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I26.9 | (Datenschutz) | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I27.28 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie |
| I33.0 | (Datenschutz) | Akute und subakute infektiöse Endokarditis |
| I42.0 | (Datenschutz) | Dilatative Kardiomyopathie |
| I48.0 | (Datenschutz) | Vorhofflimmern, paroxysmal |
| I48.4 | (Datenschutz) | Vorhofflattern, atypisch |
| I49.5 | (Datenschutz) | Sick-Sinus-Syndrom |
| I50.12 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung |
| I50.19 | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet |
| I60.7 | (Datenschutz) | Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend |
| I60.8 | (Datenschutz) | Sonstige Subarachnoidalblutung |
| I61.2 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet |
| I61.3 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm |
| I61.6 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| I61.9 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet |
| I63.2 | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien |
| I63.8 | (Datenschutz) | Sonstiger Hirnfarkt |
| I70.23 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz |
| I70.24 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration |
| I70.29 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet |
| I71.4 | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur |
| I83.1 | (Datenschutz) | Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung |
| I87.21 | (Datenschutz) | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration |
| J02.8 | (Datenschutz) | Akute Pharyngitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger |
| J15.8 | (Datenschutz) | Sonstige bakterielle Pneumonie |
| J15.9 | (Datenschutz) | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J18.0 | (Datenschutz) | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J18.1 | (Datenschutz) | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J18.2 | (Datenschutz) | Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J18.8 | (Datenschutz) | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| J20.8 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger |
| J20.9 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet |
| J21.8 | (Datenschutz) | Akute Bronchiolitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger |
| J44.09 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.99 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J45.1 | (Datenschutz) | Nichtallergisches Asthma bronchiale |
| J69.0 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |
| J84.0 | (Datenschutz) | Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände |
| J86.9 | (Datenschutz) | Pyothorax ohne Fistel |
| K21.0 | (Datenschutz) | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis |
| K25.5 | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation |
| K29.5 | (Datenschutz) | Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet |
| K31.18 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Magenausgangsstenose beim Erwachsenen |
| K42.0 | (Datenschutz) | Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän |
| K51.9 | (Datenschutz) | Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet |
| K55.0 | (Datenschutz) | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K56.6 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion |
| K57.13 | (Datenschutz) | Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung |
| K57.22 | (Datenschutz) | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung |
| K62.3 | (Datenschutz) | Rektumprolaps |
| K71.7 | (Datenschutz) | Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| K74.6 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber |
| K75.0 | (Datenschutz) | Leberabszess |
| K81.0 | (Datenschutz) | Akute Cholezystitis |
| K85.10 | (Datenschutz) | Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation |
| K92.2 | (Datenschutz) | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet |
| L12.0 | (Datenschutz) | Bullöses Pemphigoid |
| L97 | (Datenschutz) | Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert |
| M02.95 | (Datenschutz) | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M05.80 | (Datenschutz) | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M05.90 | (Datenschutz) | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M16.0 | (Datenschutz) | Primäre Koxarthrose, beidseitig |
| M16.1 | (Datenschutz) | Sonstige primäre Koxarthrose |
| M17.1 | (Datenschutz) | Sonstige primäre Gonarthrose |
| M17.9 | (Datenschutz) | Gonarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M19.07 | (Datenschutz) | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M24.45 | (Datenschutz) | Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M25.51 | (Datenschutz) | Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M31.7 | (Datenschutz) | Mikroskopische Polyangiitis |
| M35.3 | (Datenschutz) | Polymyalgia rheumatica |
| M46.44 | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich |
| M46.46 | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich |
| M47.17 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Lumbosakralbereich |
| M47.86 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose: Lumbalbereich |
| M48.02 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich |
| M48.07 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich |
| M48.09 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M51.1 | (Datenschutz) | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie |
| M53.26 | (Datenschutz) | Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich |
| M54.5 | (Datenschutz) | Kreuzschmerz |
| M62.37 | (Datenschutz) | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M62.50 | (Datenschutz) | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen |
| M62.59 | (Datenschutz) | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M62.66 | (Datenschutz) | Muskelzerrung: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M75.1 | (Datenschutz) | Läsionen der Rotatorenmanschette |
| M75.8 | (Datenschutz) | Sonstige Schulterläsionen |
| M79.19 | (Datenschutz) | Myalgie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| M80.08 | (Datenschutz) | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M80.80 | (Datenschutz) | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen |
| M84.16 | (Datenschutz) | Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M86.07 | (Datenschutz) | Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| N17.93 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 |
| N17.99 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet |
| N30.0 | (Datenschutz) | Akute Zystitis |
| R19.0 | (Datenschutz) | Schwellung, Raumforderung und Knoten im Abdomen und Becken |
| R26.0 | (Datenschutz) | Ataktischer Gang |
| R55 | (Datenschutz) | Synkope und Kollaps |
| S02.7 | (Datenschutz) | Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen |
| S06.6 | (Datenschutz) | Traumatische subarachnoidale Blutung |
| S12.7 | (Datenschutz) | Multiple Frakturen der Halswirbelsäule |
| S20.2 | (Datenschutz) | Prellung des Thorax |
| S22.03 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6 |
| S22.04 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8 |
| S22.32 | (Datenschutz) | Fraktur einer sonstigen Rippe |
| S22.40 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet |
| S22.42 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen |
| S22.43 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen |
| S22.44 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen |
| S27.0 | (Datenschutz) | Traumatischer Pneumothorax |
| S32.02 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 |
| S32.04 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L4 |
| S32.3 | (Datenschutz) | Fraktur des Os ilium |
| S32.89 | (Datenschutz) | Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens |
| S40.0 | (Datenschutz) | Prellung der Schulter und des Oberarmes |
| S42.20 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet |
| S42.21 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf |
| S42.23 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum |
| S42.24 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus |
| S42.29 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile |
| S42.41 | (Datenschutz) | Fraktur des distalen Endes des Humerus: Suprakondylär |
| S52.50 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet |
| S52.6 | (Datenschutz) | Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert |
| S72.00 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet |
| S72.04 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal |
| S72.08 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile |
| S72.2 | (Datenschutz) | Subtrochantäre Fraktur |
| S72.43 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär |

Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| S76.1 | (Datenschutz) | Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris |
| S80.0 | (Datenschutz) | Prellung des Knies |
| S82.0 | (Datenschutz) | Fraktur der Patella |
| 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 |
| S82.31 | (Datenschutz) | Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil) |
| S82.38 | (Datenschutz) | Distale Fraktur der Tibia: Sonstige |
| S82.82 | (Datenschutz) | Trimalleolarfraktur |
| S86.0 | (Datenschutz) | Verletzung der Achillessehne |
| T08.0 | (Datenschutz) | Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: Geschlossen oder o.n.A. |
| 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 |
| T84.5 | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese |
| T84.9 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 8-550.1 | 707 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten |
| 9-984.7 | 278 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-984.8 | 223 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-984.b | 165 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 1-771 | 147 | Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA) |
| 3-200 | 120 | Native Computertomographie des Schädels |
| 8-650 | 87 | Elektrotherapie |
| 9-984.9 | 63 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 8-390.x | 62 | Lagerungsbehandlung: Sonstige |
| 9-984.6 | 59 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 3-990 | 54 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 8-390.1 | 16 | Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage |
| 1-632.0 | 14 | Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-052 | 13 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 3-203 | 11 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-206 | 10 | Native Computertomographie des Beckens |
| 8-800.c0 | 10 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 1-440.a | 9 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 3-900 | 8 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 1-770 | 6 | Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment |
| 8-550.2 | 6 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten |
| 8-561.1 | 6 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie |
| 3-225 | 5 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 9-984.a | 5 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 3-202 | 4 | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-222 | 4 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 8-550.0 | 4 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten |
| 9-404.0 | 4 | Neuropsychologische Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden |
| 1-207.0 | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System) |
| 1-630.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument |
| 1-631.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs |
| 1-631.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus und/oder Magen |
| 1-650.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 1-650.2 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie |
| 1-853.2 | (Datenschutz) | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion |
| 3-205 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-207 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-220 | (Datenschutz) | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-226 | (Datenschutz) | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 3-228 | (Datenschutz) | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 3-800 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 3-802 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-821 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-826 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 5-431.20 | (Datenschutz) | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode |
| 5-452.82 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation |
| 5-452.c2 | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie: Thermokoagulation |
| 5-469.d3 | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch |
| 5-513.21 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter |
| 5-513.f0 | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 1 Prothese |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 5-513.k | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Zugang durch retrograde Endoskopie |
| 6-001.d5 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 160 mg bis unter 200 mg |
| 6-002.76 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 30 mg oder mehr |
| 8-018.1 | (Datenschutz) | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-100.6 | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument |
| 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 |
| 8-191.10 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad |
| 8-191.5 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband |
| 8-800.0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, 1-5 TE |
| 8-831.0 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 8-831.2 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel |
| 9-320 | (Datenschutz) | Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens |
| 9-401.22 | (Datenschutz) | Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden |
| 9-401.23 | (Datenschutz) | Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden |
| 9-404.1 | (Datenschutz) | Neuropsychologische Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden |
| 9-404.2 | (Datenschutz) | Neuropsychologische Therapie: Mehr als 4 Stunden |

Diagnosen zu B-2.6

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

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 8-98a.10 | 1188 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie |
| 8-98a.11 | 848 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie |
| 8-650 | 68 | Elektrotherapie |
| 9-984.7 | 59 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 9-984.b | 48 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 8-98a.0 | 32 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Basisbehandlung |
| 9-984.8 | 28 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-984.6 | 16 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 3-200 | 13 | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-990 | 6 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 1-210 | (Datenschutz) | Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Evaluation einer Epilepsie oder eines Verdachts auf Epilepsie |
| 1-632.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-201 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Halses |
| 3-203 | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-206 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens |
| 3-802 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-900 | (Datenschutz) | Knochendichtemessung (alle Verfahren) |
| 8-133.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 8-191.10 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad |
| 8-191.5 | (Datenschutz) | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband |
| 9-984.9 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |

Disclaimer

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

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) kommt den Informationspflichten nach § 6 Telemediengesetz (TMG) nach und ist bemüht für die Richtigkeit und Aktualität aller auf seiner Website www.privat-patienten.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

Büro Berlin
Heidestraße 40
10557 Berlin

Telefon +49 221 99 87-0

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