



2023

Referenzbericht

Asklepios Fachklinikum Lübben

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das
Jahr 2023

| | |
|--------------------------|------------|
| Übermittelt am: | 13.12.2024 |
| Automatisch erstellt am: | 23.01.2025 |
| Layoutversion vom: | 23.01.2025 |



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

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 Referenzbericht des G-BA 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.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|-----|
| - | Einleitung | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 5 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 5 |
| 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 | 8 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 9 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 11 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 13 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 13 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 13 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 25 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 39 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 39 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 41 |
| B-1 | Klinik für Neurologie und Neurophysiologie | 41 |
| B-2 | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | 51 |
| B-3 | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik | 60 |
| B-4 | Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 70 |
| C | Qualitätssicherung | 77 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 77 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 155 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 155 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 155 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 155 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 156 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 156 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 157 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) | 161 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 192 |



| | | |
|---|---------------------|-----|
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 193 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 203 |
| - | Diagnosen zu B-2.6 | 211 |
| - | Prozeduren zu B-2.7 | 215 |
| - | Diagnosen zu B-3.6 | 216 |
| - | Prozeduren zu B-3.7 | 218 |
| - | Diagnosen zu B-4.6 | 219 |
| - | Prozeduren zu B-4.7 | 219 |

- Einleitung

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: netfutura GmbH
Produktname: promato QBM
Version: 2.12

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Referentin der Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name: Gabriele Schmiedichen
Telefon: 03546/29-404
Fax: 03546/29-242
E-Mail: g.schmiedichen@asklepios.com

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Sebastian Klein
Telefon: 03546/29-206
Fax: 03546/29-242
E-Mail: se.klein@asklepios.com

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.asklepios.com/luebben>
Link zu weiterführenden Informationen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Asklepios Fachklinikum Lübben
Hausanschrift: Luckauer Straße 17
15907 Lübben
Postanschrift: Postfach 1443
15907 Lübben
Institutionskennzeichen: 261200516
URL: <http://www.asklepios.com/luebben>
Telefon: 03546/29-0
E-Mail: luebben@asklepios.com

Ärztliche Leitung

Position: Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Anastasia Donchin
Telefon: 03546/29-292
Fax: 03546/29-242
E-Mail: a.donchin@asklepios.com

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Daniela Wolschke
Telefon: 03546/29-250
Fax: 03546/29-242
E-Mail: d.wolschke@asklepios.com

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Sebastian Klein
Telefon: 03546/29-206
Fax: 03456/29-242
E-Mail: se.klein@asklepios.com

Position: Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name: Janina Pietschmann
Telefon: 03381/78-2102
Fax: 03381/78-2272
E-Mail: ja.pietschmann@asklepios.com

Position: Vorsitzende der Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name: Daniela Wolarz
Telefon: 033766/66-388
Fax: 033766/62-241
E-Mail: d.wolarz@asklepios.com

Position: Regionalgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Volker Thesing
Telefon: 03381/78-2102
Fax: 03381/78
E-Mail: v.thesing@asklepios.com

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Asklepios Fachklinikum Lübben
Hausanschrift: Luckauer Straße 17
15907 Lübben
Postanschrift: 17
Luckauer Straße
15907 Lübben
Institutionskennzeichen: 261200516
Standortnummer: 773268000
Standortnummer alt: 01
URL: <http://www.asklepios.com/luebben>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name: Dr. Anastasia Donchin
Telefon: 03546/29-292
Fax: 03546/29-242
E-Mail: a.donchin@asklepios.com

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Daniela Wolschke
Telefon: 03456/29-250
Fax: 03546/29-242
E-Mail: d.wolschke@asklepios.com

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Sebastian Klein
Telefon: 03546/29-206
Fax: 03546/29-242
E-Mail: se.klein@asklepios.com

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Asklepios Fachkliniken Brandenburg GmbH
 Art: privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
 Lehrkrankenhaus: Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | Einzel- und Gruppentherapie |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Bobath-Therapie für Erwachsene |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | standardisiertes Entlassungsmanagement, Pflegeüberleitung |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP20 | Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie | Die Reittherapie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik findet in Kooperation mit einem Reiterhof statt. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Beckenbodengymnastik |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | je nach Verordnung 30/45/60 min |
| MP25 | Massage | klassische Massage, Bindegewebsmassage, Periomassage |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | Manualtherapie |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | Zellenbäder, Paraffinbäder |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | Einzel- und Gruppentherapie |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Wärmetherapie/Elektrotherapie |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Parkinson-Selbsthilfegruppe, Schlaganfall-Selbsthilfegruppe, Beratung insbesondere auch für Eltern, Erzieher und Lehrer |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | PMR (Progressive Muskelrelaxation) |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | teilweise Bezugspflege |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | ggf. Zusammenarbeit mit Orthopädietechnik |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | Kryotherapie |
| MP51 | Wundmanagement | z.B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris, einheitliches Wundmanagement nach Asklepios Wundfibel - Regelungen zur Wundversorgung nach wissenschaftlichem Standard |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | z.B. MS-Selbsthilfegruppe, Schlaganfall-Selbsthilfegruppe |
| MP55 | Audiometrie/Hördiagnostik | |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung | |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | Bestandteil der therapeutischen Angebote |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | neurologische Frührehabilitation |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder | | | |
|---|-----------------------|------|-----------|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | | |

| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | | |
|---|--|------|--|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | vor Ort nach Bedarf |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | Die aktuelle Ankündigung erfolgt im Internet unter www.asklepios.com/luebben , z. B. "Tag der Patienensicherheit" |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | |
| NM68 | Abschiedsraum | | |

| Patientenzimmer | | | |
|-----------------|--|------|---------------------|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | | |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | teilweise vorhanden |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | teilweise vorhanden |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Sozialarbeiterin
 Titel, Vorname, Name: Sandra Menz
 Telefon: 03546/29-446
 E-Mail: s.menz@asklepios.com

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|-----------|
| BF25 | Dolmetscherdienste | |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | |
| BF29 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|----------------------|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Blutdruckmanschetten |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|-----|------------------------------|-----------|
|-----|------------------------------|-----------|

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

| | | |
|------|--------------------|--|
| BF24 | Diätische Angebote | |
|------|--------------------|--|

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|---|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | Aufzug mit Braille-Beschriftung |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | personelle Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen, kein Blindenleitsystem |

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | |

Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|-----------|
| BF13 | Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache | |
| BF35 | Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen | |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | |
| BF38 | Kommunikationshilfen | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|---|---|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Medizinische Hochschule Brandenburg, Georg August Universität Göttingen, Pommersche Medizinische Universität |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Asklepios-Programm mit der Pommerischen Medizinischen Universität Stettin (PUM) Bewerber aus Deutschland können in Stettin Medizin studieren. Praktische Einsätze im Fachklinikum. Famulaturen für Medizinstudenten in den Fächern: Neurologie Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | Teilnahme an Registern: NEMOS (Neuromyelitis optica), GENERATE (Autoimmunenkephalitis), TOP (Multiple Sklerose) |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien | |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher | z.B. Revier für Fachzeitschrift „Sexological Review“ (Dr. Bertrand Janota) |

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|--|
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | fachpraktische Ausbildung im Rahmen der Ausbildung als Kooperationspartner |
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | fachpraktische Ausbildung |
| HB09 | Logopädin und Logopäde | fachpraktische Ausbildung |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | fachpraktische Ausbildung |
| HB18 | Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre) | Praktika |

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---------------------------------------|--|
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Ausbildungsstart jeweils zum 01. Oktober, Hauptamtlicher Praxisanleiter Norman Leschke Tel.: 03546 29 491 |
| HB21 | Altenpflegerin, Altenpfleger | fachpraktische Ausbildung |

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 289

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 3232
 Teilstationäre Fallzahl: 154
 Ambulante Fallzahl: 2739
 Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB): 76

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 38,66 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 36,31 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,35 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,98 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 37,68 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 17,05 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 14,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,35 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,98 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 16,07 | |

Belegärztinnen und Belegärzte

| | | |
|--------|---|--|
| Anzahl | 0 | |
|--------|---|--|

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

A-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|---|--------|--|
| Anzahl (gesamt) | 198,18 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 193,94 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,24 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 198,18 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 39,50 | |

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,68 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,68 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,68 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 9,12 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,12 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 9,12 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

Pflegefachpersonen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,2 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,2 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 6,75 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,75 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 6,75 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 5,75 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,75 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 2,98 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,77 | |

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

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

A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 16,72 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 16,72 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,46 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 15,26 | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,88 | |

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,65 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,65 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,65 | |

Ergotherapeuten

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 11,44 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,74 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 11,44 | |

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

| | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,7 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,7 | |

| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 9,52 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,52 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,76 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,76 | |

A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| SP04 Diätassistentin und Diätassistent | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,77 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,77 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,77 | |

| SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 9,72 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,72 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 9,72 | |

SP06 Erzieherin und Erzieher

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 11,37 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 11,37 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 11,37 | |

SP08 Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 16,27 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 16,27 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 16,27 | |

SP13 Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,13 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,13 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,13 | |

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

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,73 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,73 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,73 | |

SP16 Musiktherapeutin und Musiktherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,56 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,56 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,56 | |

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 4,35 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,35 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,35 | |

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 17,6 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 17,6 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,47 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 16,13 | |

SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,88 | |

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 9,52 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,52 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,76 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,76 | |

SP31 Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,47 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,47 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,47 | |

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

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,54 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,54 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,35 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,19 | |

SP54 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,65 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,65 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,65 | |

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

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,05 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,05 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,05 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Referentin der Geschäftsführung
 Titel, Vorname, Name: Gabriele Schmiedichen
 Telefon: 03546/29-404
 Fax: 03546/29-242
 E-Mail: g.schmiedichen@asklepios.com

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen: Klinik für Neurologie und Neurophysiologie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
 Funktionsbereiche: und Psychosomatik, Verwaltung
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Referentin der Geschäftsführung
 Titel, Vorname, Name: Gabriele Schmiedichen
 Telefon: 03546/29-404
 Fax: 03546/29-242
 E-Mail: g.schmiedichen@asklepios.com

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja

Beteiligte Abteilungen Klinik für Neurologie und Neurophysiologie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Funktionsbereiche: Psychosomatik, Verwaltung
Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 23.03.2023 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 23.03.2023 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Standard Schmerzmanagement vom 01.03.2022 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 23.03.2023 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 23.03.2023 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen vom 07.08.2022 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Organisationshandbuch Medizintechnik vom 05.06.2023 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Qualitätszirkel Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 23.03.2023 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Vermeidung von Eingriffsverwechslungen Sichere Patientenidentifikation vom 23.07.2024 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 03.03.2023 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Entlassmanagement vom 07.04.2021 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: monatlich

Maßnahmen: Unsere Klinik hat mit dem Asklepios Programm Patientensicherheit viele Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit etabliert: Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit werden umgesetzt, z. B. das klinikeigene CIRS-Netz ist mit allen Asklepioskliniken und dem CIRS Health Care verbunden, Safety First Meldungen werden zu klinikübergreifend relevanten CIRS-Fällen an alle Mitarbeiter versendet.

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|------|--|---|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 11.01.2023 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | quartalsweise |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja
 Tagungsfrequenz: monatlich

| Nr. | Erläuterung |
|------|---------------------|
| EF00 | Asklepios CIRS Netz |
| EF14 | CIRS Health Care |

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Ärztliche Direktorin
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Anastasia Donchin
 Telefon: 03546/29-292
 Fax: 03546/29-242
 E-Mail: a.donchin@asklepios.com

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|-----------|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker | 1 | |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 3 | |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 4 | |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| Hygienestandard ZVK | |
|---|----|
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion | ja |
| Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | ja |
| Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit | ja |

| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen | |
|-------------------------------------|----|
| sterile Handschuhe | ja |
| steriler Kittel | ja |
| Kopfhaube | ja |
| Mund Nasen Schutz | ja |
| steriles Abdecktuch | ja |

| Venenverweilkatheter | |
|--|----|
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |

A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

| Antibiotikatherapie | |
|--|----|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: | ja |

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe nicht nötig ist.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standard Wundversorgung Verbandwechsel | |
|--|----|
| Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor | ja |
| Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe | ja |
| Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | ja |

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

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

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

| MRE | |
|--|----|
| Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke | ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen | ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten | ja |

A-12.3.2.6 **Hygienebezogenes Risikomanagement**

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|-------------------------------------|--|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | CDAD-KISS HAND-KISS MRSA-KISS | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | QS-Verfahren | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | Aktion Saubere Hände: Teilnahme ohne Zertifikat Kommentar: In Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt wird eine hausinterne Aktion Saubere Hände durchgeführt: Tag der Händehygiene |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | halbjährlich | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | monatlich | |

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 Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | ja | |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | ja | Auf dem Krankenhausgelände befinden sich in den Eingangsbereichen der Häuser Meinungsboxen, in die die Patienten Beschwerden anonym einwerfen können. Zur Wahrung der Anonymität kann die Beschwerde auch in den Briefkasten der Patientenfürsprecherin/Seelsorgerin gesteckt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, durch ein Kontaktformular im Internet Beschwerden zu übermitteln (www.asklepios.com/teupitz unter Patient und Service-Lob & Kritik) |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | ja | |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | nein | |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
 Titel, Vorname, Name: Bettina Lowski
 Telefon: 03546/29-239
 E-Mail: b.lowski@asklepios.com

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name: Thomas Jaeger
Telefon: 03546/29-0
E-Mail: t.jaegerEXT@asklepios.com

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Sprechzeiten: mittwochs von 10:00 Uhr bis 14:00 Uhr, sowie nach Vereinbarung

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Anastasia Donchin |
| Telefon: | 03546/29-292 |
| Fax: | 03546/29-242 |
| E-Mail: | a.donchin@asklepios.com |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|--|--|
| Anzahl Apotheker: | 0 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: | 0 |
| Erläuterungen: | Zusammenarbeit inkl. Beratung durch eine externe Apotheke; |

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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 der Patientin oder 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 und Ähnliches) 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.

Allgemeines

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Allgemeines

AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese

Konzept Risikomanagement

23.03.2023

Aufnahme ins Krankenhaus

AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

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 unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?: ja

Kommentar:

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.

Versorgung Kinder Jugendliche

| Schlüssel-Nr. | Beschreibung | Kommentar | Datum der letzten Überprüfung |
|---------------|--|-----------|-------------------------------|
| SK01 | Informationsgewinnung zur Thematik | | |
| SK04 | Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen | | |
| SK05 | Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten | | |

A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|---|---|---------------|--|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA (X) | Gerät zur Gefäßdarstellung | nein | MR-Angio |
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | ja | in Kooperation mit dem Asklepios Fachklinikum Teupitz und dem Klinikum Dahme-Spreewald, Spreewaldklinik Lübben |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X) | Hirnstrommessung | nein | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | ja | |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X) | | ja | |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder | ja | |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | ja | |
| AA70 | Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X) | Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen | ja | in Kooperation mit dem Asklepios Fachklinikum Teupitz |

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**

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet:

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung.

| Nr. | Module der Speziellen Notfallversorgung |
|------|--|
| SN05 | Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit) |

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Folgende Voraussetzungen wurden erfüllt:

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenaerztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenaerztlichen Vereinigung eingebunden: nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Klinik für Neurologie und Neurophysiologie

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Neurologie und Neurophysiologie"

Fachabteilungsschlüssel: 2800
 Art: Klinik für Neurologie
 und
 Neurophysiologie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefärztin
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Hjördis Hentschel
 Telefon: 03546/29-277
 Fax: 03546/29-410
 E-Mail: hj.hentschel@asklepios.com
 Anschrift: Luckauer Straße 17
 15907 Lübben
 URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie | | |
|--|--|------------------|
| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR06 | Endosonographie | |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

| | |
|------|---|
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren |
|------|---|

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--------------------------------|---------------------------|
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie | Kopfpulstest/Oculographie |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|---------------------------|
| VN00 | Diagnostik und Therapie von Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion | "Long-Covid" |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen | |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen | |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen | |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns | |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns | |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute | |
| VN09 | Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation | Ermächtigungssprechstunde |
| VN10 | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen | |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen | |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems | |
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems | |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |
| VN16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels | |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie | | |
|---|--|---|
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VN20 | Spezialsprechstunde | prästationäre Diagnostik (MRT, Ultraschall, ENG, EMG, EEG, SEP, MEP, Epilepsien und Bewegungsstörungen), Ermächtigungssprechstunde Pumpentherapien bei Bewegungsstörungen |
| VN21 | Neurologische Frührehabilitation | |
| VN23 | Schmerztherapie | |
| VN24 | Stroke Unit | zertifiziert als Regionale Stroke Unit (Schlaganfallbehandlung) |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1294

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

| Long-COVID-Ambulanz | |
|---|--|
| Ambulanzart: | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)(AM04) |
| Kommentar: | |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie | |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion (VN00) |

| Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | |
|--|--|
| Ambulanzart: | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V(AM11) |
| Kommentar: | |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie | |
| Angebote Leistung: | Native Sonographie (VR02) |
| Angebote Leistung: | Eindimensionale Dopplersonographie (VR03) |
| Angebote Leistung: | Duplexsonographie (VR04) |
| Angebote Leistung: | Sonographie mit Kontrastmittel (VR05) |
| Angebote Leistung: | Endosonographie (VR06) |
| Angebote Leistung: | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22) |
| Angebote Leistung: | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23) |
| Angebote Leistung: | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24) |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie | |
| Angebote Leistung: | Elektrophysiologie (VN00) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion (VN00) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08) |
| Angebote Leistung: | Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14) |

| | |
|--------------------|--|
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19) |
| Angebote Leistung: | Spezialsprechstunde (VN20) |
| Angebote Leistung: | Schmerztherapie (VN23) |

Epilepsie-Ambulanz

Ambulanzart: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06)

Kommentar:

Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V

Angebote Leistung: Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden (LK21)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 13,34 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 11,94 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,4 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 13,34 | |
| Fälle je Vollkraft | 97,00149 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 6,76 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,36 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,4 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 6,76 | |
| Fälle je Vollkraft | 191,42011 | |

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-----------|
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ42 | Neurologie | |



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|---------------------------|-----------|
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |

B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|--|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 53,1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 50,21 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,89 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 53,1 | |
| Fälle je Anzahl | 24,36911 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 39,50 | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
|--|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,8 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,8 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,8 | |
| Fälle je Anzahl | 1617,50000 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,94 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,94 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,94 | |
| Fälle je Anzahl | 440,13605 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,59 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,59 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,59 | |
| Fälle je Anzahl | 2193,22033 | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,24 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,24 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,24 | |
| Fälle je Anzahl | 577,67857 | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ17 | Pflege in der Rehabilitation | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---|-----------|
| ZP02 | Bobath | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP09 | Kontinenzmanagement | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP22 | Atmungstherapie | |
| ZP29 | Stroke Unit Care | |
| ZP31 | Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie | |

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |
| Fälle je Anzahl | | |

B-2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie"

Fachabteilungsschlüssel: 2900
 Art: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. Bertrand Janota
 Telefon: 03546/29-200
 Fax: 03546/29-409
 E-Mail: b.janota@asklepios.com
 Anschrift: Luckauer Str. 17
 15907 Lübben
 URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|--------------|
| VP00 | Diagnostik und Therapie von Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion | "Long-Covid" |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | | |
|--|---|------------------------|
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP12 | Spezialsprechstunde | Gedächtnissprechstunde |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1353 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 83 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Psychiatrische Institutsambulanz | |
|--|--|
| Ambulanzart: | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02) |
| Kommentar: | |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion (Long-Covid) (VP00) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10) |
| Angeborene Leistung: | Spezialsprechstunde (VP12) |

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 12,75 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 12,2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,55 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,61 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 12,14 | |
| Fälle je Vollkraft | 111,44975 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 5,45 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,9 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,55 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,61 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,84 | |
| Fälle je Vollkraft | 279,54545 | |

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|---|--|
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003) | tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch-hypnotherapeutisch, traumatherapeutisch, DBT (dialektisch-behaviorale-Therapie) |

B-2.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|--|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 65,16 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 64,27 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,89 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 65,16 | |
| Fälle je Anzahl | 20,76427 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 39,50 | |

| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,11 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,11 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,11 | |
| Fälle je Anzahl | 166,83107 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,14 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,14 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,14 | |
| Fälle je Anzahl | 430,89171 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,63 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,63 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,63 | |
| Fälle je Anzahl | 372,72727 | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,12 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,12 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,59 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,53 | |
| Fälle je Anzahl | 2552,83018 | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|-----------------------|-----------|
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP09 | Kontinenzmanagement | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |

B-2.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 4,81 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,81 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,91 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,9 | |
| Fälle je Anzahl | 346,92307 | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1 | |
| Fälle je Anzahl | 1353,00000 | |

Ergotherapeuten

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 5,42 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,42 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 5,42 | |
| Fälle je Anzahl | 249,63099 | |

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

| | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,21 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,21 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,21 | |
| Fälle je Anzahl | 1118,18181 | |



| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 4,18 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,18 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,16 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,02 | |
| Fälle je Anzahl | 336,56716 | |

B-3 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik"

Fachabteilungsschlüssel: 3000

Art: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Ärztliche Direktorin/Chefärztin

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Anastasia Donchin

Telefon: 03546/29292

Fax: 03546/29408

E-Mail: a.donchin@asklepios.com

Anschrift: Luckauer Straße 17
15907 Lübben

URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie | | |
|--|--|--|
| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | |
| VR42 | Kinderradiologie | in Kooperation mit der Spreewaldklinik |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VK26 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter | |
| VK27 | Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes | |
| VK28 | Pädiatrische Psychologie | |
| VK29 | Spezialsprechstunde | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VP00 | Institutsambulanz | |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 527 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 49 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Psychiatrische Institutsambulanz | |
|--|--|
| Ambulanzart: | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02) |
| Kommentar: | |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10) |
| Angeborene Leistung: | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11) |
| Angeborene Leistung: | Spezialsprechstunde (VP12) |
| Angeborene Leistung: | Psychiatrische Tagesklinik (VP15) |
| Angeborene Leistung: | Psychosomatische Tagesklinik (VP16) |

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 9,31 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,92 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,39 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,37 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,94 | |
| Fälle je Vollkraft | 58,94854 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,8 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,41 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,39 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,37 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,43 | |
| Fälle je Vollkraft | 153,64431 | |

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-----------|
| AQ37 | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | |



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|---|---|
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003) | verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung | |

B-3.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|--|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 76,02 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 75,58 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,44 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 76,02 | |
| Fälle je Anzahl | 6,93238 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 39,50 | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
|--|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,88 | |
| Fälle je Anzahl | 280,31914 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,01 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,01 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,01 | |
| Fälle je Anzahl | 521,78217 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,91 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,91 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,91 | |
| Fälle je Anzahl | 275,91623 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,22 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,22 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,22 | |
| Fälle je Anzahl | 237,38738 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,39 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,39 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,39 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |
| Fälle je Anzahl | | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|-----------------------|-----------|
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |

B-3.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 10,65 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,65 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,55 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 10,1 | |
| Fälle je Anzahl | 52,17821 | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,88 | |
| Fälle je Anzahl | 598,86363 | |

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,65 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,65 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,65 | |
| Fälle je Anzahl | 144,38356 | |

Ergotherapeuten

| | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 5,75 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,01 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,74 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 5,75 | |
| Fälle je Anzahl | 91,65217 | |

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,12 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,12 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,12 | |
| Fälle je Anzahl | 248,58490 | |

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 5,34 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,34 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,6 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,74 | |
| Fälle je Anzahl | 111,18143 | |

B-4 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-4.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie"

Fachabteilungsschlüssel: 3100
 Art: Klinik für
 Psychosomatische
 Medizin und
 Psychotherapie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefärztin
 Titel, Vorname, Name: Anette Schmeling
 Telefon: 03546/29-334
 Fax: 03546/29-409
 E-Mail: a.schmeling@asklepios.com
 Anschrift: Luckauer Str. 17
 15907 Lübben
 URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr/in Kooperation |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie | | |
|---|--|--|
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr /in Kooperation |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr |
| VR25 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) | werktags |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr |
| VR27 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung | werktags |
| VR29 | Quantitative Bestimmung von Parametern | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr |
| VR41 | Interventionelle Radiologie | 24 Stunden täglich, auf Rufdienstbasis, ansonsten in Kooperation |
| VR43 | Neuroradiologie | 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | | |
|---|---|-----------|
| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| | | |
|------|------------------------------|--|
| VP14 | Psychoonkologie | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |
| VP16 | Psychosomatische Tagesklinik | |

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 58

Teilstationäre Fallzahl: 22

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,26 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,25 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,01 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,26 | |
| Fälle je Vollkraft | 17,79141 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,04 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,03 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,01 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,04 | |
| Fälle je Vollkraft | 55,76923 | |

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



B-4.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|--|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,9 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,02 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,9 | |
| Fälle je Anzahl | 14,87179 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 39,50 | |

| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | | |
|--|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,21 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,21 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,21 | |
| Fälle je Anzahl | 276,19047 | |

| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,31 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,31 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,31 | |
| Fälle je Anzahl | 187,09677 | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-4.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,26 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,26 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,26 | |
| Fälle je Anzahl | 46,03174 | |

| Ergotherapeuten | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,27 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,27 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,27 | |
| Fälle je Anzahl | 214,81481 | |



| Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,37 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,37 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,37 | |
| Fälle je Anzahl | 156,75675 | |

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

| Leistungsbereich DeQS | Fallzahl | von | Dokumen- ta- tionsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|------------------|-----|------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 0 | | | 0 | |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | Daten- schutz | | Daten- schutz | Daten- schutz | |
| Herzschrittmacher-Revision/-System- wechsel/-Explantation (09/3) | 0 | | | 0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | 0 | | | 0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | 0 | | | 0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 0 | | | 0 | |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 0 | | | 0 | |
| Gynäkologische Operationen (15/1) | 0 | | | 0 | |
| Geburtshilfe (16/1) | 0 | | | 0 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) | 0 | | | 0 | |
| Mammachirurgie (18/1) | 0 | | | 0 | |
| Cholezystektomie (CHE) | 0 | | | 0 | |
| Dekubitusprophylaxe (DEK) | 50 | | 100 | 50 | |
| Herzchirurgie (HCH) | 0 | | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) | 0 | HCH | | 0 | |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 0 | | | 0 | |

| Leistungsbereich DeQS | Fallzahl | von | Dokumen- ta- tionsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|--|------------------|------|------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) | 0 | HEP | | 0 | |
| Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) | 0 | HEP | | 0 | |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM) | 0 | | | 0 | |
| Zähleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | HTXM | | 0 | |
| Zähleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | HTXM | | 0 | |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 0 | | | 0 | |
| Zähleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 0 | KEP | | 0 | |
| Zähleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | 0 | KEP | | 0 | |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | | 0 | |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | | 0 | |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | | 0 | |
| Neonatologie (NEO) | 0 | | | 0 | |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | | 0 | |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | Daten- schutz | | Daten- schutz | Daten- schutz | |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 0 | | | 0 | |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX) | 0 | | | 0 | |

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

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

| | |
|-------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 52009 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p> |
| Einheit | |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,67 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,36 - 1,23 |
| Grundgesamtheit | 2613 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | 14,97 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 2,27 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Ergebnis ID | 52326 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,37 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,37 - 0,37 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,34 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,18 - 0,65 |
| Grundgesamtheit | 2613 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|-----------------------------|---|
| – (vgl. Hinweis im Vorwort) | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Ergebnis ID | 521801 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,06 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |



| | |
|-----------------------------|---|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Ergebnis Bewertung | |
| – (vgl. Hinweis im Vorwort) | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben. |
| Ergebnis ID | 521800 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,15 |
| Grundgesamtheit | 2613 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |



| | |
|-----------------------------|---|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| – (vgl. Hinweis im Vorwort) | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Ergebnis ID | 52010 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,15 |
| Grundgesamtheit | 2613 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |



| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|--|
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Kürzel Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-AGGW |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |
| Ergebnis ID | 111801 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,14 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,09 - 0,23 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Nicht definiert |



| Leistungsbereich | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
|---|--|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | NO2 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| Ergebnis ID | 56003 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 79,67 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 79,20 - 80,13 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |



| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 73,47 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| Ergebnis ID | 56004 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,85 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,70 - 2,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |



| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 3,57 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56005 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,92 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,91 - 0,92 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,81 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,64 |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 1,35 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56006 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,95 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 0,96 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Referenzbereich | <= 1,18 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56007 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,92 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 1,27 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt |
| Ergebnis ID | 56008 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,19 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,18 - 0,20 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 0,14 % (90. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|-------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56012 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,97 |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 1,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,06 - 332,46 |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 1,07 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt |
| Ergebnis ID | 56014 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,01 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,79 - 95,23 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | >= 94,19 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |



| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56018 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 1,03 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56020 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,04 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,02 - 1,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 1,32 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56022 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. 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/aktiv/.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|--|
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 1,10 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56100 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 1,13 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,07 - 1,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56101 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI-QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,10 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle |
| Ergebnis ID | 56102 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,88 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 0,88 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen |
| Ergebnis ID | 56103 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,88 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 0,89 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten |
| Ergebnis ID | 56104 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,88 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 0,88 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten |
| Ergebnis ID | 56105 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,85 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,85 - 0,85 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert |
| Ergebnis ID | 56106 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI-QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,75 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,74 - 0,75 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|-------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert |
| Ergebnis ID | 56107 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,90 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 0,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen |
| Ergebnis ID | 56108 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,81 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 0,81 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor |
| Ergebnis ID | 56109 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,84 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 - 0,84 |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen |
| Ergebnis ID | 56110 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,91 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,91 - 0,92 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung |
| Ergebnis ID | 56111 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,79 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,79 - 0,79 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente |
| Ergebnis ID | 56112 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI-QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,62 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,62 - 0,62 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhalten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung |
| Ergebnis ID | 56113 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,49 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,49 - 0,50 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen |
| Ergebnis ID | 56114 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | Punkte |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,92 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel |
| Ergebnis ID | 56115 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,78 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,78 - 0,78 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|-------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde |
| Ergebnis ID | 56116 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,93 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 0,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56117 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Kürzel Leistungsbereich | PCI |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 56118 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.</p> |
| Einheit | |

| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
|---|---|
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Fallzahl | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe. |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|------------|---|--------------------------|
| 1 | Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen. | 24 |
| 1.1 | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 18 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 18 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

| Station | Station 1.1 A Stroke Unit |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologische Schlaganfalleinheit |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.1 A Stroke Unit |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologische Schlaganfalleinheit |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.3 Normalstation |
|--------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.3 Normalstation |
|--------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.2 Normalstation |
|--------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.2 Normalstation |
|--------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.1 B Normalstation |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.1 B Normalstation |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

| Station | Station 1.1 A Stroke Unit |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologische Schlaganfalleinheit |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 98,08 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.1 A Stroke Unit |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologische Schlaganfalleinheit |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 94,52 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.3 Normalstation |
|---------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 99,73 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.3 Normalstation |
|---------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 96,99 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.2 Normalstation |
|---------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.2 Normalstation |
|---------------------------------|---------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1.1 B Normalstation |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 99,73 |
| Erläuterungen | |



| Station | Station 1.1 B Normalstation |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Neurologie |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Erläuterungen | |

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 Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]

1. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

| Bezeichnung der Station | 93322 Allg. Psychiatrie 2.2 |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 25 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93323 Allg. Psychiatrie 2.3 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 22 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie |

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 93324 Allg. Psychiatrie 2.4 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93325 Allg. Psychiatrie 2.5 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93326 Psychotherapie 2.6 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93327 Psychiatrie Tagesklinik |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 15 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 4224 |

| | |
|---------------------------|---|
| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 328 |

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 905 |

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 1106 |

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 740 |
| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 19 |
| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 2110 |
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 574 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q1]

| | |
|--|---------------------------------------|
| Bezeichnung der Station | 93326 Station 2.6 PSM |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | P1 = Konzeptstation für Psychosomatik |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q1]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | P1 = Psychosomatik - Psychotherapie |
| Behandlungsumfang | 528 |
| Behandlungsbereich | P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär |
| Behandlungsumfang | 10 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 1501238020 TK_KJPP_L-All.3.8 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 8 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93731 KJP 3.1 Sucht |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93732 KJP 3.2 Akut |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93733 KJP 3.3 Jugend |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93734 KJP 3.4 Kinder |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 17 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93735 KJP 3.5 Therapie |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

| | |
|---------------------------|---|
| Behandlungsbereich | KJ1 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 2000 |
| Behandlungsbereich | KJ2 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 2931 |
| Behandlungsbereich | KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 379 |
| Behandlungsbereich | KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 457 |

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q1]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

| | |
|--|---|
| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 4971 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 3980 |
| Umsetzungsgrad | 80,06 |
| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 23393 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 15912 |
| Umsetzungsgrad | 68,02 |
| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1460 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1425 |
| Umsetzungsgrad | 97,63 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2695 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1977 |
| Umsetzungsgrad | 73,37 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 742 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 327 |
| Umsetzungsgrad | 44,03 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2072 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1634 |
| Umsetzungsgrad | 78,88 |

C-9.3.3-4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

C-9.3.3-2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q1]

| Berufsgruppe Pso | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 1008 |

| Berufsgruppe Pso | Pflegeschwestern |
|--|------------------|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 935 |

| Berufsgruppe Pso | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 195 |

| Berufsgruppe Pso | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 122 |
| Berufsgruppe Pso | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 36 |
| Berufsgruppe Pso | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 19 |

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 3827 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 3434 |
| Umsetzungsgrad | 89,74 |
| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen und Erziehungsdienst |
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 26142 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 19728 |
| Umsetzungsgrad | 75,47 |
| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2700 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 3548 |
| Umsetzungsgrad | 131,44 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2424 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 2181 |
| Umsetzungsgrad | 90 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1074 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 964 |
| Umsetzungsgrad | 89,69 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1962 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1761 |
| Umsetzungsgrad | 89,74 |

C-9.3.3-4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1] :nein

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q2]

2. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q2]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q2]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93322 Allg. Psychiatrie 2.2 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 25 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93323 Allg. Psychiatrie 2.3 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 22 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93324 Allg. Psychiatrie 2.4 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |
| Bezeichnung der Station | 93325 Allg. Psychiatrie 2.5 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93326 Psychotherapie 2.6 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93327 Psychiatrie Tagesklinik |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 15 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 4405 |
| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 458 |
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 848 |
| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 1321 |
| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 544 |
| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 48 |
| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 2343 |
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 537 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q2]

| | |
|--|---------------------------------------|
| Bezeichnung der Station | 93326 Station 2.6 PSM |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | P1 = Konzeptstation für Psychosomatik |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q2]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | P1 = Psychosomatik - Psychotherapie |
| Behandlungsumfang | 336 |
| Behandlungsbereich | P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung |
| Behandlungsumfang | 323 |
| Behandlungsbereich | P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär |
| Behandlungsumfang | 92 |
| Behandlungsbereich | P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär |
| Behandlungsumfang | 21 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 1501238020 TK_KJPP_L-All.3.8 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 8 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93731 KJP 3.1 Sucht |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93732 KJP 3.2 Akut |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| Bezeichnung der Station | 93733 KJP 3.3 Jugend |
|--|--|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| Bezeichnung der Station | 93734 KJP 3.4 Kinder |
|--|--|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 17 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| Bezeichnung der Station | 93735 KJP 3.5 Therapie |
|--|--|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

| Behandlungsbereich | KJ1 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 1868 |

| Behandlungsbereich | KJ2 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Regelbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 2863 |

| Behandlungsbereich | KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 666 |

| Behandlungsbereich | KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 506 |

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q2]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 5224 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 4496 |
| Umsetzungsgrad | 86,07 |

| Berufsgruppe | Pflegefachpersonen |
|--|--------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 24409 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 16325 |
| Umsetzungsgrad | 66,88 |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1518 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1372 |
| Umsetzungsgrad | 90,37 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2813 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1820 |
| Umsetzungsgrad | 64,7 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 777 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 234 |
| Umsetzungsgrad | 30,08 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2181 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1370 |
| Umsetzungsgrad | 62,82 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q2]

| Berufsgruppe Pso | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 922 |
| Berufsgruppe Pso | Pflegfachpersonen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 71 |
| Berufsgruppe Pso | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 614 |
| Berufsgruppe Pso | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 1 |
| Berufsgruppe Pso | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 0 |
| Berufsgruppe Pso | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 0 |

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 3972 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 3605 |
| Umsetzungsgrad | 90,77 |
| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen und Erziehungsdienst |
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 27040 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 18721 |
| Umsetzungsgrad | 69,23 |
| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2759 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 2937 |
| Umsetzungsgrad | 106,48 |
| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2407 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 2171 |
| Umsetzungsgrad | 90,19 |
| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1060 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 960 |
| Umsetzungsgrad | 90,48 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1965 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1769 |
| Umsetzungsgrad | 90,06 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2] :nein

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]

3. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q3]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

| Bezeichnung der Station | 93322 Allg. Psychiatrie 2.2 |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 25 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

| Bezeichnung der Station | 93323 Allg. Psychiatrie 2.3 |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 22 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie |

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 93324 Allg. Psychiatrie 2.4 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93325 Allg. Psychiatrie 2.5 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93326 Psychotherapie 2.6 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93327 Psychiatrie Tagesklinik |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 16 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 4043 |

| | |
|---------------------------|---|
| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 488 |

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 951 |

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 1431 |

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 716 |
| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 40 |
| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 2186 |
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 666 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q3]

| | |
|--|---------------------------------------|
| Bezeichnung der Station | 93326 Station 2.6 PSM |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | P1 = Konzeptstation für Psychosomatik |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q3]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | P1 = Psychosomatik - Psychotherapie |
| Behandlungsumfang | 748 |
| Behandlungsbereich | P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär |
| Behandlungsumfang | 178 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 1501238020 TK_KJPP_L-All.3.8 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 8 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93731 KJP 3.1 Sucht |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93732 KJP 3.2 Akut |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93733 KJP 3.3 Jugend |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93734 KJP 3.4 Kinder |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 17 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93735 KJP 3.5 Therapie |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

| | |
|---------------------------|---|
| Behandlungsbereich | KJ1 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 1367 |
| Behandlungsbereich | KJ2 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 3136 |
| Behandlungsbereich | KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 580 |
| Behandlungsbereich | KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 531 |

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q3]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

| | |
|--|---|
| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 5229 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 4707 |
| Umsetzungsgrad | 90,01 |
| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 25058 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 16876 |
| Umsetzungsgrad | 67,35 |
| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1541 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1388 |
| Umsetzungsgrad | 90,07 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2820 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1832 |
| Umsetzungsgrad | 64,97 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 783 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 380 |
| Umsetzungsgrad | 48,54 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2189 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1628 |
| Umsetzungsgrad | 74,37 |

C-9.3.3-4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

C-9.3.3-2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q3]

| Berufsgruppe Pso | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 911 |

| Berufsgruppe Pso | Pflegfachpersonen |
|--|-------------------|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 74 |

| Berufsgruppe Pso | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 788 |

| Berufsgruppe Pso | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 1 |
| Berufsgruppe Pso | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 0 |
| Berufsgruppe Pso | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 0 |

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 3774 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 3406 |
| Umsetzungsgrad | 90,27 |
| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen und Erziehungsdienst |
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 25410 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 19041 |
| Umsetzungsgrad | 74,94 |
| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2633 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 3362 |
| Umsetzungsgrad | 127,7 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2312 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 2083 |
| Umsetzungsgrad | 90,1 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1010 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 909 |
| Umsetzungsgrad | 89,99 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1847 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1752 |
| Umsetzungsgrad | 94,88 |

C-9.3.3-4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3] :nein

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q4]

4. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q4]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

| | |
|--|---|
| Bezeichnung der Station | 93322 Allg. Psychiatrie 2.2 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 25 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93323 Allg. Psychiatrie 2.3 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 22 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93324 Allg. Psychiatrie 2.4 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | B = fakultativ geschlossene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |
| Bezeichnung der Station | 93325 Allg. Psychiatrie 2.5 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 26 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93326 Psychotherapie 2.6 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Bezeichnung der Station | 93327 Psychiatrie Tagesklinik |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 16 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 3587 |
| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 645 |
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 781 |
| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 1224 |
| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 642 |
| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 59 |
| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 2203 |
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 466 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q4]

| | |
|--|---------------------------------------|
| Bezeichnung der Station | 93326 Station 2.6 PSM |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 10 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | P1 = Konzeptstation für Psychosomatik |

| | |
|--|---------------------------------------|
| Bezeichnung der Station | 93428 TK Psyso 2.8 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 12 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | P1 = Konzeptstation für Psychosomatik |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q4]

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | P1 = Psychosomatik - Psychotherapie |
| Behandlungsumfang | 852 |

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär |
| Behandlungsumfang | 425 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 1501238020 TK_KJPP_L-All.3.8 |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 8 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 93731 KJP 3.1 Sucht |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Station | 93732 KJP 3.2 Akut |
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 12 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| Bezeichnung der Station | 93733 KJP 3.3 Jugend |
|--|--|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| Bezeichnung der Station | 93734 KJP 3.4 Kinder |
|--|--|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 17 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

| Bezeichnung der Station | 93735 KJP 3.5 Therapie |
|--|--|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 14 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

| Behandlungsbereich | KJ1 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 2057 |

| Behandlungsbereich | KJ2 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Regelbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 2865 |

| Behandlungsbereich | KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 190 |

| Behandlungsbereich | KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 561 |

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q4]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 4801 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 4091 |
| Umsetzungsgrad | 85,22 |

| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
|--|-------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 22907 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 17525 |
| Umsetzungsgrad | 76,51 |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1381 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1263 |
| Umsetzungsgrad | 91,45 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2554 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1723 |
| Umsetzungsgrad | 67,47 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 716 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 307 |
| Umsetzungsgrad | 42,81 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1985 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1316 |
| Umsetzungsgrad | 66,28 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q4]

| Berufsgruppe Pso | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|--|
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 972 |
| Berufsgruppe Pso | Pflegfachpersonen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 567 |
| Berufsgruppe Pso | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 343 |
| Berufsgruppe Pso | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 180 |
| Berufsgruppe Pso | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 13 |
| Berufsgruppe Pso | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso | 19 |

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 3761 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 3446 |
| Umsetzungsgrad | 91,64 |

| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen und Erziehungsdienst |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 25280 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 18084 |
| Umsetzungsgrad | 71,53 |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2687 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 2424 |
| Umsetzungsgrad | 90,22 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 2448 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 2217 |
| Umsetzungsgrad | 90,59 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | nein |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1087 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 743 |
| Umsetzungsgrad | 68,41 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 1978 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1783 |
| Umsetzungsgrad | 90,11 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4] :nein

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.

- **Diagnosen zu B-1.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| I63.4 | 137 | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien |
| I63.8 | 120 | Sonstiger Hirnfarkt |
| G40.2 | 73 | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen |
| I63.3 | 34 | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| R26.8 | 32 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität |
| G45.02 | 30 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| R42 | 30 | Schwindel und Taumel |
| G20.11 | 28 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation |
| G45.12 | 23 | Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G51.0 | 23 | Fazialisparese |
| G62.80 | 23 | Critical-illness-Polyneuropathie |
| R55 | 22 | Synkope und Kollaps |
| G20.10 | 20 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G45.92 | 20 | Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| H81.2 | 20 | Neuropathia vestibularis |
| H81.1 | 19 | Benigner paroxysmaler Schwindel |
| G40.3 | 18 | Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome |
| G62.88 | 18 | Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien |
| G93.3 | 17 | Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome] |
| G40.9 | 16 | Epilepsie, nicht näher bezeichnet |
| G61.8 | 16 | Sonstige Polyneuritiden |
| G44.2 | 14 | Spannungskopfschmerz |
| F10.3 | 13 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom |
| G45.13 | 13 | Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| M51.1 | 11 | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie |
| G40.1 | 9 | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen |
| R20.2 | 9 | Parästhesie der Haut |
| F06.7 | 8 | Leichte kognitive Störung |
| G20.00 | 8 | Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| I63.2 | 8 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien |
| R51 | 8 | Kopfschmerz |
| G04.9 | 7 | Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet |
| G12.2 | 7 | Motoneuron-Krankheit |
| G91.20 | 7 | Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus |
| G93.1 | 7 | Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert |
| I61.0 | 7 | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal |
| M54.4 | 7 | Lumboischialgie |
| E53.8 | 6 | Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes |
| F44.5 | 6 | Dissoziative Krampfanfälle |
| G43.1 | 6 | Migräne mit Aura [Klassische Migräne] |
| G45.03 | 6 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde |
| I95.1 | 6 | Orthostatische Hypotonie |
| G04.8 | 5 | Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis |
| G20.21 | 5 | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation |
| G30.1 | 5 | Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn |
| G40.6 | 5 | Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal) |
| G41.8 | 5 | Sonstiger Status epilepticus |
| G50.0 | 5 | Trigeminusneuralgie |
| G91.29 | 5 | Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet |
| H81.8 | 5 | Sonstige Störungen der Vestibularfunktion |
| I61.8 | 5 | Sonstige intrazerebrale Blutung |
| M48.02 | 5 | Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| M54.2 | 5 | Zervikalneuralgie |
| R20.8 | 5 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut |
| B99 | 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| C79.3 | 4 | Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute |
| E11.40 | 4 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| F03 | 4 | Nicht näher bezeichnete Demenz |
| G30.8 | 4 | Sonstige Alzheimer-Krankheit |
| G35.0 | 4 | Erstmanifestation einer multiplen Sklerose |
| G44.8 | 4 | Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome |
| G61.0 | 4 | Guillain-Barré-Syndrom |
| G93.4 | 4 | Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet |
| I63.5 | 4 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien |
| R20.1 | 4 | Hypästhesie der Haut |
| R26.0 | 4 | Ataktischer Gang |
| A09.0 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs |
| A41.9 | (Datenschutz) | Sepsis, nicht näher bezeichnet |
| A52.3 | (Datenschutz) | Neurosyphilis, nicht näher bezeichnet |
| A69.2 | (Datenschutz) | Lyme-Krankheit |
| A84.1 | (Datenschutz) | Mitteleuropäische Enzephalitis, durch Zecken übertragen |
| A85.1 | (Datenschutz) | Enzephalitis durch Adenoviren |
| B00.4 | (Datenschutz) | Enzephalitis durch Herpesviren |
| B02.2 | (Datenschutz) | Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems |
| C71.1 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Frontallappen |
| C71.2 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Temporallappen |
| C71.8 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C71.9 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet |
| D18.00 | (Datenschutz) | Hämangiom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| D32.0 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Hirnhäute |
| D32.1 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Rückenmarkhäute |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| D35.2 | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Hypophyse |
| D42.9 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Meningen, nicht näher bezeichnet |
| D43.0 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Gehirn, supratentoriell |
| D43.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Gehirn, infratentoriell |
| D43.2 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Gehirn, nicht näher bezeichnet |
| D43.4 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Rückenmark |
| D47.2 | (Datenschutz) | Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS] |
| D48.1 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe |
| D48.2 | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem |
| D86.8 | (Datenschutz) | Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen |
| E13.40 | (Datenschutz) | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E51.2 | (Datenschutz) | Wernicke-Enzephalopathie |
| E87.1 | (Datenschutz) | Hypoosmolalität und Hyponatriämie |
| F01.3 | (Datenschutz) | Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz |
| F05.0 | (Datenschutz) | Delir ohne Demenz |
| F05.8 | (Datenschutz) | Sonstige Formen des Delirs |
| F06.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit |
| F07.0 | (Datenschutz) | Organische Persönlichkeitsstörung |
| F10.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F10.4 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir |
| F13.3 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom |
| F23.2 | (Datenschutz) | Akute schizophreiforme psychotische Störung |
| F25.8 | (Datenschutz) | Sonstige schizoaffektive Störungen |
| F32.1 | (Datenschutz) | Mittelgradige depressive Episode |
| F32.2 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F32.8 | (Datenschutz) | Sonstige depressive Episoden |
| F45.0 | (Datenschutz) | Somatisierungsstörung |
| F45.40 | (Datenschutz) | Anhaltende somatoforme Schmerzstörung |
| F45.41 | (Datenschutz) | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |
| F45.8 | (Datenschutz) | Sonstige somatoforme Störungen |
| F45.9 | (Datenschutz) | Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet |
| F48.0 | (Datenschutz) | Neurasthenie |
| G00.0 | (Datenschutz) | Meningitis durch Haemophilus influenzae |
| G04.0 | (Datenschutz) | Akute disseminierte Enzephalitis |
| G08 | (Datenschutz) | Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis |
| G11.4 | (Datenschutz) | Hereditäre spastische Paraplegie |
| G12.1 | (Datenschutz) | Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie |
| G12.9 | (Datenschutz) | Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet |
| G20.01 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation |
| G20.20 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G20.90 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G21.1 | (Datenschutz) | Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom |
| G21.4 | (Datenschutz) | Vaskuläres Parkinson-Syndrom |
| G23.9 | (Datenschutz) | Degenerative Krankheit der Basalganglien, nicht näher bezeichnet |
| G24.4 | (Datenschutz) | Idiopathische orofaziale Dystonie |
| G25.0 | (Datenschutz) | Essentieller Tremor |
| G25.1 | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierter Tremor |
| G25.2 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Tremorformen |
| G25.3 | (Datenschutz) | Myoklonus |
| G25.81 | (Datenschutz) | Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom] |
| G25.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen |
| G25.9 | (Datenschutz) | Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet |
| G30.0 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| G31.0 | (Datenschutz) | Umschriebene Hirnatrophie |
| G31.82 | (Datenschutz) | Lewy-Körper-Krankheit |
| G31.9 | (Datenschutz) | Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet |
| G35.10 | (Datenschutz) | Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G35.11 | (Datenschutz) | Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G35.31 | (Datenschutz) | Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G36.0 | (Datenschutz) | Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit] |
| G37.3 | (Datenschutz) | Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems |
| G37.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems |
| G40.5 | (Datenschutz) | Spezielle epileptische Syndrome |
| G40.8 | (Datenschutz) | Sonstige Epilepsien |
| G41.2 | (Datenschutz) | Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen |
| G43.0 | (Datenschutz) | Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne] |
| G43.3 | (Datenschutz) | Komplizierte Migräne |
| G43.8 | (Datenschutz) | Sonstige Migräne |
| G44.0 | (Datenschutz) | Cluster-Kopfschmerz |
| G44.3 | (Datenschutz) | Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz |
| G45.32 | (Datenschutz) | Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G45.33 | (Datenschutz) | Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde |
| G45.42 | (Datenschutz) | Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden |
| G45.43 | (Datenschutz) | Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde |
| G45.49 | (Datenschutz) | Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet |
| G45.93 | (Datenschutz) | Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde |
| G45.99 | (Datenschutz) | Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet |
| G50.8 | (Datenschutz) | Sonstige Krankheiten des N. trigeminus |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| G52.2 | (Datenschutz) | Krankheiten des N. vagus [X. Hirnnerv] |
| G52.3 | (Datenschutz) | Krankheiten des N. hypoglossus [XII. Hirnnerv] |
| G52.7 | (Datenschutz) | Krankheiten mehrerer Hirnnerven |
| G54.0 | (Datenschutz) | Läsionen des Plexus brachialis |
| G54.1 | (Datenschutz) | Läsionen des Plexus lumbosacralis |
| G54.5 | (Datenschutz) | Neuralgische Amyotrophie |
| G54.8 | (Datenschutz) | Sonstige Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus |
| G56.2 | (Datenschutz) | Läsion des N. ulnaris |
| G57.1 | (Datenschutz) | Meralgia paraesthetica |
| G57.2 | (Datenschutz) | Läsion des N. femoralis |
| G57.8 | (Datenschutz) | Sonstige Mononeuropathien der unteren Extremität |
| G60.0 | (Datenschutz) | Hereditäre sensomotorische Neuropathie |
| G60.9 | (Datenschutz) | Hereditäre und idiopathische Neuropathie, nicht näher bezeichnet |
| G70.0 | (Datenschutz) | Myasthenia gravis |
| G71.1 | (Datenschutz) | Myotone Syndrome |
| G72.0 | (Datenschutz) | Arzneimittelinduzierte Myopathie |
| G72.80 | (Datenschutz) | Critical-illness-Myopathie |
| G72.9 | (Datenschutz) | Myopathie, nicht näher bezeichnet |
| G80.9 | (Datenschutz) | Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet |
| G81.0 | (Datenschutz) | Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie |
| G82.01 | (Datenschutz) | Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese |
| G82.31 | (Datenschutz) | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese |
| G82.39 | (Datenschutz) | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet |
| G90.50 | (Datenschutz) | Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ I |
| G91.0 | (Datenschutz) | Hydrocephalus communicans |
| G91.1 | (Datenschutz) | Hydrocephalus occlusus |
| G93.2 | (Datenschutz) | Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri] |
| G93.7 | (Datenschutz) | Reye-Syndrom |
| G95.10 | (Datenschutz) | Nichttraumatische spinale Blutung |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| H34.8 | (Datenschutz) | Sonstiger Netzhautgefäßverschluss |
| H49.0 | (Datenschutz) | Lähmung des N. oculomotorius [III. Hirnnerv] |
| H49.2 | (Datenschutz) | Lähmung des N. abducens [VI. Hirnnerv] |
| H53.1 | (Datenschutz) | Subjektive Sehstörungen |
| H53.2 | (Datenschutz) | Diplopie |
| H53.4 | (Datenschutz) | Gesichtsfelddefekte |
| H53.8 | (Datenschutz) | Sonstige Sehstörungen |
| H81.3 | (Datenschutz) | Sonstiger peripherer Schwindel |
| H81.4 | (Datenschutz) | Schwindel zentralen Ursprungs |
| I24.8 | (Datenschutz) | Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit |
| I60.2 | (Datenschutz) | Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend |
| I60.6 | (Datenschutz) | Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend |
| I60.8 | (Datenschutz) | Sonstige Subarachnoidalblutung |
| I61.1 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal |
| I61.3 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm |
| I63.0 | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien |
| I63.1 | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien |
| I65.2 | (Datenschutz) | Verschluss und Stenose der A. carotis |
| I65.3 | (Datenschutz) | Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien |
| I67.10 | (Datenschutz) | Zerebrales Aneurysma (erworben) |
| I67.5 | (Datenschutz) | Moyamoya-Syndrom |
| I67.6 | (Datenschutz) | Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems |
| J06.9 | (Datenschutz) | Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet |
| J38.00 | (Datenschutz) | Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet |
| K52.9 | (Datenschutz) | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet |
| K56.0 | (Datenschutz) | Paralytischer Ileus |
| K72.9 | (Datenschutz) | Leberversagen, nicht näher bezeichnet |
| L03.2 | (Datenschutz) | Phlegmone im Gesicht |
| M16.9 | (Datenschutz) | Koxarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M35.3 | (Datenschutz) | Polymyalgia rheumatica |
| M42.16 | (Datenschutz) | Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| M47.14 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Thorakalbereich |
| M47.26 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich |
| M47.86 | (Datenschutz) | Sonstige Spondylose: Lumbalbereich |
| M48.06 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich |
| M50.0 | (Datenschutz) | Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie |
| M50.1 | (Datenschutz) | Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie |
| M53.0 | (Datenschutz) | Zervikozepales Syndrom |
| M53.3 | (Datenschutz) | Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert |
| M54.12 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Zervikalbereich |
| M54.14 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Thorakalbereich |
| M54.16 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbalbereich |
| M54.5 | (Datenschutz) | Kreuzschmerz |
| M54.86 | (Datenschutz) | Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich |
| M62.52 | (Datenschutz) | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M62.88 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| R25.1 | (Datenschutz) | Tremor, nicht näher bezeichnet |
| R25.2 | (Datenschutz) | Krämpfe und Spasmen der Muskulatur |
| R25.3 | (Datenschutz) | Faszikulation |
| R27.0 | (Datenschutz) | Ataxie, nicht näher bezeichnet |
| R27.8 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Koordinationsstörungen |
| R29.8 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen |
| R40.0 | (Datenschutz) | Somnolenz |
| R41.0 | (Datenschutz) | Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet |
| R41.3 | (Datenschutz) | Sonstige Amnesie |
| R41.8 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen |
| R45.1 | (Datenschutz) | Ruhelosigkeit und Erregung |
| R47.1 | (Datenschutz) | Dysarthrie und Anarthrie |
| R50.80 | (Datenschutz) | Fieber unbekannter Ursache |



| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| R53 | (Datenschutz) | Unwohlsein und Ermüdung |
| S06.4 | (Datenschutz) | Epidurale Blutung |
| S06.5 | (Datenschutz) | Traumatische subdurale Blutung |
| S06.6 | (Datenschutz) | Traumatische subarachnoidale Blutung |
| S22.06 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 |
| T40.9 | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika [Halluzinogene] |

- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 3-800 | 1108 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 3-035 | 488 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung |
| 9-320 | 386 | Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens |
| 1-207.0 | 368 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System) |
| 1-206 | 359 | Neurographie |
| 1-204.2 | 316 | Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme |
| 3-802 | 301 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 8-981.20 | 209 | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden |
| 1-208.2 | 173 | Registrierung evozierter Potenziale: Somatosensorisch [SSEP] |
| 9-984.7 | 156 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 3-820 | 135 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 9-984.8 | 130 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 1-901.0 | 114 | (Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach |
| 9-984.b | 99 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 1-20a.31 | 86 | Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Video-Kopfpulstest |
| 1-205 | 84 | Elektromyographie [EMG] |
| 1-208.4 | 80 | Registrierung evozierter Potenziale: Motorisch [MEP] |
| 9-984.9 | 74 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 8-930 | 71 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8-547.30 | 62 | Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös |
| 1-613 | 56 | Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop |
| 3-052 | 46 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 9-984.6 | 45 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 3-801 | 44 | Native Magnetresonanztomographie des Halses |
| 8-981.21 | 44 | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden |
| 8-020.8 | 43 | Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse |
| 3-821 | 40 | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-823 | 34 | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 8-552.7 | 34 | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage |
| 3-200 | 33 | Native Computertomographie des Schädels |
| 1-208.6 | 30 | Registrierung evozierter Potenziale: Visuell [VEP] |
| 8-151.4 | 26 | Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion |
| 5-431.20 | 24 | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode |
| 8-552.9 | 24 | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage |
| 3-222 | 23 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 8-800.c0 | 23 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-831.00 | 23 | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd |
| 3-225 | 22 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 8-987.13 | 20 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 8-561.1 | 19 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie |
| 8-718.92 | 19 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage |
| 8-981.22 | 19 | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden |
| 8-552.8 | 17 | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage |
| 9-984.a | 15 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 8-98g.11 | 12 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 1-632.0 | 11 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 8-552.6 | 10 | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage |
| 1-207.1 | 8 | Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10-20-System) |
| 1-20a.20 | 8 | Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurologische Untersuchung bei Bewegungsstörungen: Untersuchung der Pharmakosensitivität mit quantitativer Testung |
| 3-805 | 8 | Native Magnetresonanztomographie des Beckens |
| 8-718.91 | 8 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage |
| 8-552.0 | 7 | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-552.5 | 7 | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-810.wa | 7 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 85 g bis unter 105 g |
| 1-712 | 6 | Spiroergometrie |
| 1-901.1 | 6 | (Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Komplex |
| 3-82a | 6 | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 8-701 | 6 | Einfache endotracheale Intubation |
| 8-713.0 | 6 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System] |
| 8-98g.10 | 6 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 8-98g.12 | 6 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 8-718.93 | 5 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-855.81 | 5 | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden |
| 3-203 | 4 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-810.w9 | 4 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 75 g bis unter 85 g |
| 8-831.04 | 4 | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß |
| 8-855.71 | 4 | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden |
| 8-981.23 | 4 | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden |
| 1-204.1 | (Datenschutz) | Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes |
| 1-207.x | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Sonstige |
| 1-266.0 | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher |
| 1-275.0 | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen |
| 1-424 | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision am Knochenmark |
| 1-620.00 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen |
| 1-620.01 | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage |
| 1-650.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Partiiell |
| 1-650.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum |
| 1-900.0 | (Datenschutz) | Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik: Einfach |
| 1-912 | (Datenschutz) | Neurophysiologische apparative Testverfahren zur Schmerzdiagnostik |
| 3-030 | (Datenschutz) | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel |
| 3-031 | (Datenschutz) | Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie |
| 3-202 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-205 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-206 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens |
| 3-207 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-220 | (Datenschutz) | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 3-221 | (Datenschutz) | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-227 | (Datenschutz) | Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 3-228 | (Datenschutz) | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 3-300.0 | (Datenschutz) | Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina |
| 3-600 | (Datenschutz) | Arteriographie der intrakraniellen Gefäße |
| 3-806 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-809 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Thorax |
| 3-826 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 5-450.3 | (Datenschutz) | Inzision des Darmes: Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ) |
| 5-572.1 | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan |
| 5-896.ob | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion |
| 5-900.00 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Lippe |
| 6-002.p1 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 65 mg bis unter 100 mg |
| 6-002.p6 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 300 mg bis unter 350 mg |
| 6-002.p7 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 350 mg bis unter 400 mg |
| 6-002.p9 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 450 mg bis unter 500 mg |
| 6-002.pa | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 500 mg bis unter 600 mg |
| 6-002.pc | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 700 mg bis unter 800 mg |
| 6-002.pe | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 900 mg bis unter 1.000 mg |
| 6-002.rc | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral: 7,2 g bis unter 8,8 g |
| 6-003.ka | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 3: Anidulafungin, parenteral: 1.000 mg bis unter 1.200 mg |
| 6-003.kd | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 3: Anidulafungin, parenteral: 1.600 mg bis unter 1.800 mg |
| 6-008.f | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 8: Idarucizumab, parenteral |
| 8-020.x | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Sonstige |
| 8-020.y | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: N.n.bez. |
| 8-124.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Jejunostomiekatheters: Wechsel |
| 8-124.1 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Jejunostomiekatheters: Entfernung |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-125.2 | (Datenschutz) | Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde: Über eine liegende PEG-Sonde, endoskopisch |
| 8-138.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation |
| 8-144.1 | (Datenschutz) | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem |
| 8-158.h | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk |
| 8-192.0d | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Gesäß |
| 8-547.2 | (Datenschutz) | Andere Immuntherapie: Mit Immunmodulatoren |
| 8-561.2 | (Datenschutz) | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 8-633 | (Datenschutz) | Pharyngeale elektrische Stimulation [PES] |
| 8-640.0 | (Datenschutz) | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) |
| 8-700.0 | (Datenschutz) | Offenhalten der oberen Atemwege: Durch oropharyngealen Tubus |
| 8-700.x | (Datenschutz) | Offenhalten der oberen Atemwege: Sonstige |
| 8-718.94 | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage |
| 8-771 | (Datenschutz) | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-800.c1 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE |
| 8-800.c2 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE |
| 8-810.wd | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 145 g bis unter 165 g |
| 8-810.wf | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 185 g bis unter 205 g |
| 8-810.wj | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 245 g bis unter 285 g |
| 8-812.51 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE |
| 8-812.52 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-812.53 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmapbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 3.500 IE bis unter 4.500 IE |
| 8-812.60 | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmapbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-831.0 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 8-831.01 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, retrograd |
| 8-831.20 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd |
| 8-831.22 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß |
| 8-83b.c3 | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem |
| 8-855.82 | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden |
| 8-855.83 | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden |
| 8-900 | (Datenschutz) | Intravenöse Anästhesie |
| 8-972.0 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-97d.0 | (Datenschutz) | Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-97e.0 | (Datenschutz) | Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen: Ersteinstellung mit Apomorphin |
| 8-97e.2 | (Datenschutz) | Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen: Ersteinstellung mit L-Dopa-Gel |
| 8-97e.3 | (Datenschutz) | Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen: Dosis- und Therapiekontrolle und Optimierung einer Behandlung mit L-Dopa-Gel |
| 8-987.10 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 8-987.11 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-987.12 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |

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

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-2.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| F10.2 | 418 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
| F33.2 | 135 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F20.0 | 88 | Paranoide Schizophrenie |
| F60.31 | 65 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ |
| F32.2 | 55 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F43.2 | 42 | Anpassungsstörungen |
| F33.1 | 41 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| G30.1 | 41 | Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn |
| F12.2 | 40 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom |
| F15.2 | 30 | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom |
| F03 | 22 | Nicht näher bezeichnete Demenz |
| F19.2 | 18 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom |
| F43.1 | 18 | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F32.1 | 16 | Mittelgradige depressive Episode |
| G30.8 | 16 | Sonstige Alzheimer-Krankheit |
| F31.4 | 13 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F41.0 | 13 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| F10.6 | 12 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom |
| F05.1 | 11 | Delir bei Demenz |
| F10.3 | 11 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom |
| F41.2 | 11 | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F90.0 | 11 | Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung |
| F10.0 | 9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F13.2 | 9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom |
| F25.2 | 9 | Gemischte schizoaffektive Störung |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F33.3 | 8 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen |
| F11.2 | 7 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom |
| F19.5 | 7 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung |
| F22.0 | 7 | Wahnhafte Störung |
| F07.8 | 6 | Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns |
| F40.01 | 6 | Agoraphobie: Mit Panikstörung |
| F61 | 6 | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen |
| F70.1 | 6 | Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| G30.9 | 6 | Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet |
| F01.3 | 5 | Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz |
| F05.8 | 5 | Sonstige Formen des Delirs |
| F25.0 | 5 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch |
| F25.1 | 5 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv |
| F06.3 | 4 | Organische affektive Störungen |
| F06.7 | 4 | Leichte kognitive Störung |
| F14.2 | 4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom |
| F15.5 | 4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung |
| F31.1 | 4 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome |
| F32.3 | 4 | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen |
| F45.0 | 4 | Somatisierungsstörung |
| F45.41 | 4 | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |
| F71.1 | 4 | Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| F01.1 | (Datenschutz) | Multiinfarkt-Demenz |
| F01.8 | (Datenschutz) | Sonstige vaskuläre Demenz |
| F01.9 | (Datenschutz) | Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet |
| F04 | (Datenschutz) | Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F05.0 | (Datenschutz) | Delir ohne Demenz |
| F06.0 | (Datenschutz) | Organische Halluzinose |
| F06.2 | (Datenschutz) | Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung |
| F07.0 | (Datenschutz) | Organische Persönlichkeitsstörung |
| F09 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung |
| F10.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch |
| F10.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung |
| F12.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F12.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung |
| F12.8 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen |
| F16.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung |
| F20.5 | (Datenschutz) | Schizophrenes Residuum |
| F20.8 | (Datenschutz) | Sonstige Schizophrenie |
| F23.1 | (Datenschutz) | Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie |
| F23.2 | (Datenschutz) | Akute schizophreniforme psychotische Störung |
| F23.3 | (Datenschutz) | Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen |
| F23.8 | (Datenschutz) | Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen |
| F23.9 | (Datenschutz) | Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet |
| F29 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose |
| F31.0 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode |
| F31.2 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen |
| F31.3 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode |
| F32.9 | (Datenschutz) | Depressive Episode, nicht näher bezeichnet |
| F33.0 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode |
| F40.00 | (Datenschutz) | Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung |
| F40.1 | (Datenschutz) | Soziale Phobien |
| F40.2 | (Datenschutz) | Spezifische (isolierte) Phobien |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F40.8 | (Datenschutz) | Sonstige phobische Störungen |
| F41.1 | (Datenschutz) | Generalisierte Angststörung |
| F41.8 | (Datenschutz) | Sonstige spezifische Angststörungen |
| F42.0 | (Datenschutz) | Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang |
| F42.2 | (Datenschutz) | Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt |
| F43.0 | (Datenschutz) | Akute Belastungsreaktion |
| F44.4 | (Datenschutz) | Dissoziative Bewegungsstörungen |
| F45.40 | (Datenschutz) | Anhaltende somatoforme Schmerzstörung |
| F45.8 | (Datenschutz) | Sonstige somatoforme Störungen |
| F45.9 | (Datenschutz) | Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet |
| F51.0 | (Datenschutz) | Nichtorganische Insomnie |
| F60.2 | (Datenschutz) | Dissoziale Persönlichkeitsstörung |
| F60.30 | (Datenschutz) | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ |
| F60.6 | (Datenschutz) | Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung |
| F60.9 | (Datenschutz) | Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet |
| F65.6 | (Datenschutz) | Multiple Störungen der Sexualpräferenz |
| F72.1 | (Datenschutz) | Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| F78.1 | (Datenschutz) | Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| F79.1 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| F90.1 | (Datenschutz) | Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens |
| G20.00 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G20.10 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G20.11 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation |
| G20.20 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G30.0 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn |
| G31.0 | (Datenschutz) | Umschriebene Hirnatrophie |
| G31.82 | (Datenschutz) | Lewy-Körper-Krankheit |



- **Prozeduren zu B-2.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-3.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| F32.1 | 92 | Mittelgradige depressive Episode |
| F90.1 | 88 | Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens |
| F12.2 | 55 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom |
| F43.2 | 34 | Anpassungsstörungen |
| F93.8 | 22 | Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters |
| F90.0 | 21 | Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung |
| F50.00 | 16 | Anorexia nervosa, restriktiver Typ |
| F60.31 | 16 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ |
| F33.1 | 10 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F70.1 | 10 | Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| F43.1 | 9 | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F84.5 | 9 | Asperger-Syndrom |
| F91.1 | 7 | Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen |
| F92.8 | 7 | Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen |
| F98.80 | 6 | Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| F12.1 | 5 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch |
| F15.2 | 5 | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzen, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom |
| F41.2 | 5 | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F60.6 | 5 | Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung |
| F71.1 | 5 | Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| F84.0 | 5 | Frühkindlicher Autismus |
| F84.1 | 5 | Atypischer Autismus |
| F91.0 | 5 | Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens |
| F91.3 | 5 | Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten |
| F94.2 | 5 | Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F42.2 | 4 | Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt |
| F43.0 | 4 | Akute Belastungsreaktion |
| F06.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit |
| F10.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch |
| F10.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
| F11.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom |
| F12.8 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen |
| F13.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F13.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom |
| F14.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch |
| F15.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch |
| F15.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung |
| F19.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F19.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch |
| F19.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom |
| F21 | (Datenschutz) | Schizotype Störung |
| F23.1 | (Datenschutz) | Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie |
| F23.9 | (Datenschutz) | Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet |
| F29 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose |
| F31.3 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode |
| F32.0 | (Datenschutz) | Leichte depressive Episode |
| F32.2 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F32.8 | (Datenschutz) | Sonstige depressive Episoden |
| F32.9 | (Datenschutz) | Depressive Episode, nicht näher bezeichnet |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| F33.2 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F34.1 | (Datenschutz) | Dysthymia |
| F40.1 | (Datenschutz) | Soziale Phobien |
| F40.2 | (Datenschutz) | Spezifische (isolierte) Phobien |
| F41.0 | (Datenschutz) | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| F45.0 | (Datenschutz) | Somatisierungsstörung |
| F45.1 | (Datenschutz) | Undifferenzierte Somatisierungsstörung |
| F50.1 | (Datenschutz) | Atypische Anorexia nervosa |
| F60.30 | (Datenschutz) | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ |
| F60.8 | (Datenschutz) | Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen |
| F61 | (Datenschutz) | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen |
| F84.8 | (Datenschutz) | Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen |
| F90.9 | (Datenschutz) | Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet |
| F91.2 | (Datenschutz) | Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen |
| F92.0 | (Datenschutz) | Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung |
| F92.9 | (Datenschutz) | Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet |
| F93.0 | (Datenschutz) | Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters |
| F93.2 | (Datenschutz) | Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters |
| F93.9 | (Datenschutz) | Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet |
| F94.0 | (Datenschutz) | Elektiver Mutismus |
| F98.1 | (Datenschutz) | Nichtorganische Enkopresis |
| F98.2 | (Datenschutz) | Fütterstörung im frühen Kindesalter |
| F98.9 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |

- **Prozeduren zu B-3.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-4.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F32.1 | 13 | Mittelgradige depressive Episode |
| F33.2 | 12 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F33.1 | 9 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F32.2 | 5 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F43.1 | 5 | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F32.0 | (Datenschutz) | Leichte depressive Episode |
| F33.3 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen |
| F40.2 | (Datenschutz) | Spezifische (isolierte) Phobien |
| F40.8 | (Datenschutz) | Sonstige phobische Störungen |
| F41.0 | (Datenschutz) | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| F41.2 | (Datenschutz) | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F44.4 | (Datenschutz) | Dissoziative Bewegungsstörungen |
| F45.31 | (Datenschutz) | Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem |
| F45.38 | (Datenschutz) | Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme |
| F45.41 | (Datenschutz) | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |

- **Prozeduren zu B-4.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin
www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).